

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitinguy, 114 — Telephone, 7-4020
Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 anno 50\$000; por 2 annos 50\$000

Vol. XXXVII

Junho de 1939

N. 6

Diagnóstico e tratamento da pancreatite aguda (*)

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Director do Sanatorio São Lucas.

O tema de que vamos tratar é daquelles ainda pouco versados em nosso meio, sendo, por isso mesmo, relativamente pouco conhecido. Dahi o interesse que merece no computo das condições morbidas que desencadeiam o abdomen agudo.

A pancreatite aguda não é muito frequente; entretanto não deve ser posta de margem ao se encarar um caso de crise aguda abdominal. Varias observações já foram publicadas em S. Paulo e, em Milão, num total de 5.000 intervenções de urgencia, o diagnóstico operatório foi firmado 5 vezes.

O diagnóstico da pancreatite aguda offerece dificuldades não só para o clínico mas tambem para o proprio cirurgião. Para o clínico as dificuldades são relativamente grandes, por quanto a pancreatite aguda pôde confundir-se com varias condições morbidas agudas do abdomen. Basta correr os olhos pelo quadro abaixo, de 118 casos colligidos entre varios autores por Brocq, para se verificar quão variado tem sido o diagnóstico preoperatorio:

(*) Palestra da serie de "abdomen agudo" organizada pelo Centro Academico Oswaldo Cruz; contribuição a themea oficial do Congresso de Cirurgia do Chile (dezembro de 1938).

25	vezes,	perfuração de ulcera gastrica ou duodenal
23	"	ileus
21	"	PANCREATITE AGUDA ou 17,79 %
15	"	peritonite de causa desconhecida
13	"	appendicite
8	"	cholecystite
4	"	perfuração da vesicula biliaria
3	"	colica hepatica
2	"	torção de um orgam intra-abdominal
2	"	invaginação intestinal
1 vez,		ruptura de gravidez tubaria
1	"	hemorrhagia interna de causa desconhecida
<hr/>		
118 casos		

Já na estatística seguinte, de 30 casos observados num mesmo hospital e estudados por Irvin Abell, a porcentagem de diagnóstico previo exacto subiu de 17,79 para 40, por motivos facilmente comprehensíveis:

14	vezes,	cholecystite aguda
12	"	PANCREATITE AGUDA ou 40 %
2	"	appendicite aguda
1 vez,		obstrucção intestinal
1	"	abdomen agudo
<hr/>		
30 casos		

A estatística de Irvin Abell prova que o diagnóstico clínico, embora difícil, é perfeitamente realizável por quem conheça bem os symptomas da pancreatite aguda e já tenha observado um ou mais casos anteriormente. Parece ter sido Fritz, em 1889, quem fez o primeiro diagnóstico previo exacto. As difficultades são diferentes no inicio da molestia e nos seus varios periodos de evolução. No inicio, a confusão mais frequente é com perfuração de ulcera gastrica ou duodenal, com colica hepatica, com perfuração da vesicula biliaria, com obstrucção intestinal, etc. Algumas horas depois de iniciada a molestia, a confusão se torna facil com appendicite aguda, pela reacção que então se manifesta na fossa ilíaca direita, o que tambem faz lembrar as hypotheses de prenhez extrauterina rota, torção de kysto do ovario, etc. Num estado mais adiantado, o quadro lembra o do ileus, da peritonite, ás vezes da hemorrhagia intra-abdominal. Mais tarde, quando a pancreatite aguda evolue para a formação do pseudokysto do pancreas, as mais variadas hypotheses podem ser feitas a respeito da natureza do tumor que então se evidencia.

Sob o ponto de vista cirúrgico, as difficultades de diagnóstico tambem podem ser grandes. Mesmo com o ventre aberto, muita vez o operador se vê embarulado para encontrar a causa dos symptomas que o induziram a levar o doente para a mesa de operações. Quando o diagnóstico previo foi de obstrucção intestinal e a incisão mediana infraumbilical, muita vez é difícil

concluir pela responsabilização do pancreas, que se acha mais em contacto com o abdomen superior e que, por tal via, não tem facil acesso. Em tales casos, o apparecimento de algumas placas de esteatonecrose na raiz do mesocolo transverso ou mesmo do mesenterio ou ainda a simples verificação de mesos edemaciados deve conduzir o cirurgião a verificar o estado do pancreas. Quando o diagnostico previo é o de perfuração de ulcera gastrica ou duodenal, então a incisão supraumbilical vae favorecer a pesquisa do pancreas, mas muita vez não ha dados immedios que indiquem lesão dessa glandula e só a abertura da retrocavidade dos epiploons é que vae demonstrar uma pancreatite aguda em inicio ou de forma atenuada, sem edema dos mesos, sem placas de esteatonecrose. Quando o diagnostico previo é o de appendicite, então nova incisão se torna necessaria para a verificação das lesões do pancreas e das demais lesões que já se processaram na cavidade peritoneal. Em tales casos, o encontro de liquido hemorrágico e mesmo bilioso coincidindo com "placas de espermacete" no epiploon deve trazer imediatamente á lembrança uma pancreatite aguda. Emfim, quando o cirurgião procede a uma laparotomia exploradora e nada encontra no estomago, no duodeno, nas vias biliarias, nos intestinos e mesos que justifique a crise dolorosa que levou o paciente á mesa, é de sua obrigação expôr a retrocavidade dos epiploons e explorar o estado do pancreas.

Assignaladas, assim, as difficultades de

O DIAGNOSTICO DA PANCREATITE AGUDA

seja do ponto de vista clinico, seja do ponto de vista cirurgico, vamos passar em revista os elementos que podem conduzir á suspeita ou, quiçá, á segurança de se estar em presença desse estado morbido. Ao nos determos na apreciação de tales elementos, vamos enfeixal-os em quatro grupos, afim de favorecer a exposição: I, dados fornecidos pela anamnese; II, dados fornecidos pela inspecção; III, dados fornecidos pela palpação e percussão; e IV, signaes complementares.

I. Anamnese — O dado primacial da anamnese é fornecido pelo elemento dor. Os informes sobre o vomito, as dejecções e outros dados têm importancia secundaria.

1. Dor — Verificada a existencia ou inexistencia de colica hepatica pregressa e, de regra, a inexistencia de prodromicos dolorosos, torna-se logo patente que a dor se manifestou de uma hora para outra, sem que o doente tivesse soffrido na vespera ou no mesmo dia signaes quaequer que pudessem denunciar um estado morbido. O inicio da crise ocorre, em geral, logo após a refeição, principalmente si essa refeição é frugal. Outras vezes,

a dor se inicia durante actividades physicas, no trabalho ou no esporte, mas casos ha em que a molestia se manifesta de noite, durante o somno, acordando o doente com dores violentas. O inicio da dor se caracteriza por tres elementos de summa importancia diagnostica: é subito, violento e já no apogeu. Subito, porque surpreende o doente, sem prodromicos, em pleno periodo digestivo, ou em plena actividade physica, ou, raras vezes, durante o somno. Violento, porque a dor é das mais fortes, recebendo dos pacientes os epitetos de "dor excessiva", "atroz", "terrivel", "intoleravel", "em punhalada", "esgarçante", "dilacerante" e dos tradistas os de "dor urrante", "maior que a da peritonite", "maior que a da perfuração gastrica", "maior que a da colica hepatica" e até "a mais violenta que se pôde experimentar", no dizer de Moynihan, dando motivos ao "drama abdominal" de Dieulafoy. Já no apogeu, porque ella começa violenta, attingindo de inicio o seu acme. As modalidades da dor são das mais variadas: é a dor em punhalada, a dor em barra, a dor de queimadura, a dor em torno, a dor em estraçalhamento, a dor do parto, a dor de transfissão. A sequencia da dor se caracteriza pela sua tenacidade e, consequentemente, pela sua irreductibilidade medicamentosa; a tenacidade é digna de nota, pois não varia com o correr das primeiras horas, permanecendo sempre forte como no inicio, sem variações na sua intensidade; o uso de hypnoticos e sedativos resulta inefficaz, tendo-se assinalado o emprego de 2, 3 e até 4 injecções seguidas de morphina sem attingir o objectivo visado. Só muitas horas e ás vezes dias depois do inicio da molestia é que a dor vae gradativamente diminuindo. A localização da dor tem importancia diagnostica: em mais de 50% dos casos, a dor inicial é sobre o epigastrio; muitas vezes, localiza-se na região umbilical; outras, no hypochondrio direito, no hypochondrio esquerdo, mais raramente no hypogastrio, fossas iliacas e flanco esquerdo; doentes que já sofreram colicas hepaticas e nos quaes a localização da dor é a mesma, informam porém que a intensidade agora é nitidamente muito maior. A propagação mais commum é para o flanco esquerdo, sendo isso para Leriche e Arnaud um signal pathognomonic; outras vezes a dor se propaga para as fossas iliacas, para os hypochondrios, para o thorax e para as regiões lombares, dando então a impressão de transfissão por uma baioneta; quando se inicia no hypochondrio direito, pôde ter as propagações classicas da colica hepatica.

Fóra destes caracteristicos geraes, é claro que a dor pôde assumir outros aspectos, de acordo com as singularidades de cada caso.

2. Vomito — O vomito é outro informe da anamnese que, si não tem, na maior parte das vezes, importancia para o diagnostico diferencial, pôde, porém, concorrer para a confirmação do

diagnóstico de pancreatite aguda. Ele estava presente em 95,5% dos casos, numa série de 200 observações. É, de regra, imediato, sincrônico com o início da dor; às vezes, porém, é tardio, só sobrevindo no 3.^º ou 4.^º dia e então está sob a dependência de uma peritonite secundária. Às vezes é único, outras frequentes e chega mesmo a durar semana e mais. Há casos em que a sua quantidade é pequena, mas já se registrou vômito de vários litros, como na observação de Mondor, onde se mediram nada menos de 6 litros. O vômito pode ser alimentar, mucoso, bilioso, sanguíneo, porraceo, mas nunca fecaloide, no início da crise.

3. Dejecções — As dejecções faltam na maioria dos casos e isso tem influído muito para o estabelecimento de um diagnóstico errado. Às vezes as dejecções são abundantes e repetidas, muito líquidas e, em casos muito graves, com melena.

4. Outros dados — A anamnese pode informar ainda sobre a presença de soluço, que indica uma irritação do diafragma, quando precoce, ou uma intoxicação grave, quando tardio. A oliguria é a regra, havendo casos em que o doente conta hematuria e outros em que há uma verdadeira anúria; nada se obtendo pela sondagem vesical. Outro dado de interesse é a polipneia que o doente conta ter desde o início da crise abdominal.

II. Inspecção — A inspecção do doente oferece informações preciosas para o diagnóstico. Cumpre encaral-a, particularmente, quanto a: 1, tipo morfológico; 2, a atitude do doente; 3, a facies do doente; e 4, ao estado do abdômen.

1. Tipo morfológico — A pancreatite aguda accomete de preferência os indivíduos gordos, especialmente os obesos. Trata-se, em regra, de uma pessoa em ótimas condições de saúde, com paniculo adiposo muito desenvolvido, brevilínea e que de uma hora para outra se vê presa de uma dor violenta no abdômen. Eram obesos 53 dos 90 doentes de Schweizer e Kerchner assignala 83% de adiposos entre os casos que colligiu.

2. Atitude do doente — A atitude do doente varia se é visto no início da doença ou algumas horas mais tarde. No geral, o doente entra em colapso inicial: suores, hipotensão, taquicardia, dyspnéa, extremidades frias, pallidez. Para alguns, isso resulta de uma inhibição do plexo celiaco, para outros de uma irritação do peritônio, para terceiros de uma entrada violenta de toxinas na circulação e ainda para outros de uma congestão viscerai determinada pelo affluxo das defesas humorais ao fóco das lesões agravada com a dor subita, violenta e persistente. Passando o estado de choque, o doente se mostra ansioso, não encontrando posição em que repouse: levanta-se, deita-se, vira-se, greme, grita.

3. Facies do doente — No início da crise a facies se altera: o nariz é afilado, as narinas balouçantes, os olhos excavados, os

labios em cyanose, a tez livida, coberta de suores. Às vezes já inicialmente se nota subictericia conjuntival. Posteriormente a facies ansiosa toma o logar da facies de choque e, mais tarde ainda, quando a evolução denota agravamento, é a facies peritoneal a que se nota.

4. O estado do abdomen — No abdomen, pôde-se observar á inspecção: a, abaulamento; b, ausencia de peristaltismo; c, manchas; e d, tumor.

a) O abaulamento às vezes é integral, tomando todo o abdomen, às vezes regional e então se localiza ou no epigastrio ou lateralmente.

b) A ausencia de peristaltismo tem importancia quando se considera o diagnostico diferencial com a obstrucção intestinal.

c) A presença de manchas tem sido assignalada por alguns autores. Grey Turner descreveu u'a mancha periumbilical, de cor amarellada, semelhante ao signal de Cullen encontradiço na prenhez tubaria rota e nas grandes hemorrhagias intraperitoneaes e que, como nestas, traduz a presença de derrame sanguinolento na cavidade abdominal. Outras manchas que pôdem aparecer são as manchas cyanoticas multiplas da parede, signal de Halsted, que aparece tardivamente, num estado preagonico.

d) A presença de um tumor é visivel numa phase mais adiantada da evolução da molestia. Trata-se de um tumor mal delimitado, por vezes pulsatil, situado no epigastrio ou na região umbilical e disposto transversalmente. Traduz a formação de um pseudokysto do pancreas. Às vezes se mostra mais à direita.

III. Palpação e percussão — A palpação e a percussão do abdomen fornecem elementos valiosos para o diagnostico. Temos que considerar particularmente, a existencia de: 1, hyperesthesia cutanea; 2, defesa muscular; 3, dor provocada; 4, tympanismo; 5, derrame; e 6, tumor.

1. Hyperesthesia cutanea — A maioria dos observadores assignala a inexistencia de hyperesthesia cutanea, resultando dahi um signal importante para o diagnostico diferencial. Às vezes, porém, essa hyperesthesia está presente, sendo geralmente de pequena intensidade.

2. Defesa muscular — A defesa muscular pôde ser intensa ou relativa. De regra, é intensa no começo da crise, dando uma contractura inicial referivel ao "ventre em madeira"; assignalam os autores que essa contractura é sobremaneira intensa na porção superior dos grandes rectos do abdomen, o que, por si só, seria um valioso elemento de diagnostico. A defesa muscular é rela-

tiva depois de passado o estado de choque, sendo dolorosa a palpação profunda.

3. Dor provocada — O estudo da dor provocada é de summo interesse. No geral o epigastro reage ao palpar, mas é considerado característico o aparecimento de dor ao palpar-se o flanco esquerdo. Mayo-Robson considera signal pathognomônico a existência de dor provocada no ponto costovertebral esquerdo. Outros assignalam com grande frequencia a dor provocada no hypochondrio direito, na fossa ilíaca direita, no umbigo, no rebordo costal esquerdo.

4. Tympanismo — O tympanismo é muito frequente e ás vezes é somente regional, transversal, correspondente a uma dilatação do colo transverso; outras vezes é generalizado, tardio, traduzindo um maior comprometimento do peritoneo.

5. Derrame — O derrame é signal de certa precocidade em pequeno numero de casos. No geral sobrevem tardeamente. Além do derrame da grande cavidade peritoneal, Trasoff observou, em caso avançado, a existencia de derrame pleural.

6. Tumor — O tumor é, como já assignámos, uma sequela da pancreatite aguda. Indica a existencia de uma colecção líquida septada e, na maior parte das vezes, corresponde a um pseudokysto do pancreas. Muita vez é transversal, de limites diffusos, localizado no epigastro ou na região umbilical, ora mais á direita, ora mais á esquerda, pouco doloroso ao palpar, de mobilidade relativa, podendo transmittir as pulsões da aorta abdominal; raramente pode dar signaes de conteudo líquido, pela sua profundidade e pelos elementos anatomicos que se acham antepostos e alterados por uma reacção inflamatoria intensa.

IV. Signaes complementares — Os signaes complementares dignos de analyse podem advir de: 1, pulso; 2, temperatura; 3, urina; 4, sangue; e 5, radiologia.

1. Pulso — O pulso varia sobremaneira de observação para observação. No choque inicial elle é, de regra, hypotenso, pequeno e rapido; mas casos ha em que, desde o inicio, elle se mostra lento, cheio e regular. Os caracteristicos do pulso ás vezes concorrem efficientemente para a decisão no diagnostico diferencial.

2. Temperatura — A temperatura costuma ser pouco elevada: varia entre 37,5° e 38,5°. A discordancia entre o pulso e a temperatura é frequentemente observada, bem como entre a temperatura rectal e a axillar.

3. Urina — O exame da urina fornece alguns dados interessantes. A glycosuria, que, para alguns, appareceria sempre, para outros é um dado muito falho, tanto que estava ausente

nos 30 casos de Irvin Abell e nunca foi por nós observada nos poucos casos que tivemos a oportunidade de tratar. A diastase, verificada pela reacção de Wohlgemuth, aparece aumentada em cerca de 92% dos casos. Os ácidos graxos, a steapsina, a trypsină são evidenciados. A hematuria às vezes apparece nos casos graves. Oliguria e mesmo anuria têm sido assignaladas. Opie, em 1903, chamou a attenção para a presença de fermentos lipolyticós na urina.

4. Sangue — No sangue verifica-se o augmento das taxas das gorduras, da diastase e da cholesterina e — signal importante — uma hyperglycemia precoce, enquanto que se nota accentuada chloropenia. Binet e Brocq salientam o aspecto leitoso do soro ou do plasma. A leucocytose é a regra.

5. Radiologia — A radiologia poucos serviços presta no inicio da crise, pois os doentes se acham deprimidos e não podem ser submettidos a exame meticulo. Não obstante, passado o estado de choque, o exame pôde ser feito e então a radiologia pode nos fornecer alguns informes preciosos. O anel duodenal mostra-se alargado, em virtude do augmento da cabeça dos pancreas. Numa phase mais adiantada, quando ha formação de pseudo kysto do pancreas, alem do adargamento do anel duodenal, o estomago se mostra recalcado para cima e o colon transverso para baixo. Outro dado radiologico que pode auxiliar o diagnostico consiste na verificação anterior ou actual de uma lithiasse vesicular ou choledociana.

Assim expostos os elementos que podem conduzir o diagnostico e antes de passarmos a discorrer sobre o tratamento, vamos focalizar alguns

ASPECTOS DA PANCREATITE AGUDA

afim de melhor nos orientarmos na conducta que convém aconselhar diante das varias emergencias a que a molestia expõe o profissional.

Formas clinicas — As formas clinicas da pancreatite aguda podem ser assim esquematizadas:

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. superaguda | 3. atenuada |
| 2. aguda | 4. recidivante |

Tratemos, rapidamente, dessas formas clinicas.

1. A pancreatite superaguda é aquella que se desencadeia com tal violencia que em poucas horas o doente succumbe. É a chamada apoplexia pancreatică, em que a glandula se rompe e se digere, invadindo os liquidos ricos em sangue e em fer-

mentos não só os mesos como toda a cavidade peritoneal — eis o "drama pancreatico" de Dieulafoy. De regra, são casos mortaes.

2. Foram aguda é aquella em que os symptomas obedecem ao quadro classico que procurámos reproduzir nas linhas atrás. Pôde evoluir para o exito lethal, como tambem pôde resultar em regressão, com cura immediata ou após formação de hematoma ou de pseudokysto do pancreas.

3. Forma atenuada é aquella em que os symptomas regridem rapidamente ou em que não attingem a intensidade que costumam ter.

4. Forma recidivante é aquella em que as crises de pancreatite aguda se repetem com intervallos variaveis, de mês ou mesmo de annos.

Evolução — A pancreatite aguda pôde ter uma evolução: 1, lethal ou 2, favoravel.

1. A evolução lethal pôde ser:

a) rapida, o que pode acontecer nos casos de forma super-aguda, ou aguda, dando-se a morte durante o proprio choque inicial ou posteriormente por hemorrhagia, por peritonite, por toxemia, etc.

b) demorada, o que se verifica nos casos em que a destruição do pancreas, seja pela sua localização, seja pela sua extensão, conduz a uma deficencia funcional, que desencadeia a chamada "cachexia pancreatico", traduzida por u'a marcha lenta e progressiva de asthenia, diarréa, emagrecimento, miseria orgânica emfim.

2. A evolução favoravel pôde dar-se por meio de: a, regressão; b, hematocele; c, pseudokysto.

a) A regressão se opera, em grande numero de casos, mesmo sem qualquer intervenção therapeutica. No fim de alguns dias, os symptomas se atenuam e vão desapparecendo, para não deixarem o menor signal da molestia. Com a intervenção medicamentosa ou cirurgica, o mesmo se dá, ficando o doente completamente bom, até que, nos casos de uma forma recidivante, outra crise venha despertar novamente os symptomas, tal qual como num caso ainda virgem.

b) Às vezes, passada a phase aguda, fica o doente com dores ao nível do umbigo e alli se nota o apparecimento de um tumor, traduzindo um hematoma residual, que exigirá a evacuação operatoria.

c) Outras vezes, esse tumor vem crescendo vagarosamente e começa a dar perturbações mais serias, como ictericia por compressão do choledoco, já por nós mesmo verificada. Trata-se

de um pseudokysto do pancreas, cuja secreção não se excoa totalmente pelas vias naturaes, accumulando-se o restante fóra da glandula, onde é contido pelo tecido fibroso de reacção, que se vae formando já na phase aguda da molestia. O verdadeiro kysto do pancreas, decorrente da dilatação dos canaes pancreaticos, este não depende de um processo agudo, mas de condições outras da pathologia da glandula.

Formas anatomopathologicas — De acordo com a descrição dos observadores — cirurgiões e necroscopistas — a pancreatite aguda apresenta as seguintes formas anatomopathologicas:

1. pancreatite edematos
2. " esteatonecrotica
3. " hemorrhagica
4. " biliaria
5. " suppurativa
6. " traumatica

1. A pancreatite edematosá é aquella em que um notavel edema invade parcial ou, no geral, totalmente a glandula, extendendo-se rapidamente pelos tecidos vizinhos da parede posterior do abdomen e, porque encontra caminho facil, pelos varios mesos da cavidade peritoneal. É considerada a forma pela qual a molestia geralmente se inicia, podendo, a seguir, misturar-se com algumas das outras formas e, mesmo, ceder-lhes a primasía no aspecto das lesões.

2. A pancreatite esteatonecrotica succede á phase edematosá da molestia, ás vezes com notavel rapidez. A diffusão pelos mesos dos líquidos extravasados do pancreas e o edema de defesa que nelles concomitantemente se estabelece, submettem os tecidos gordurosos á acção dos fermentos lipolyticos, que os saponificam, dando origem ás placas brancas, como pingos de espermacete, que caracterizam esta forma da molestia.

3. A pancreatite hemorrhagica pode estabelecer-se já de inicio, graças á ruptura de vasos sanguineos, cujo conteudo, de parceria com a secreção pancreaticá, se expande rapidamente pelos intersticios glandulares, pelos tecidos vizinhos, pelos mesos, pela propria grande cavidade peritoneal. A apoplexia pancreaticá se allia o derrame peritonial. O edema é empannado pela apparencia gritante dos líquidos sanguinolentos, que empolgam as vistas do observador.

4. A pancreatite biliaria é aquella em que o refluxo de bile é tão vultuoso que tinge os líquidos extravasados, dominando a scena. Éssa forma não é muito commum.

5. A pancreatite suppurativa apparece no decurso de molestias infecciosas, como a febre typhoide, a febre puerperal, a gripe, a parotidite epidemica, a escarlatina, etc. Ha fócos de inflamação aguda disseminados por toda a glandula, podendo sobreir a formação de microabcessos, decorrendo o apparecimento de liquido francamente purulento. Tal é a pancreatite suppurativa primaria. Outras vezes, o que se dá é a infecção immediata dos fócos de pancreatite pelo refluxo de bile purulenta, em consequencia de um previo estado suppurativo das vias biliarias intra ou extrahepaticas, principalmente quando está em jogo o *B. perfringens*.

6. A pancreatite traumatica caracteriza-se pelo esmagamento ou simples ruptura de uma parte da glandula, em geral aquella que se acha em contacto com o corpo vertebral. Pôde transformar-se em pancreatite hemorrágica ou esteatonecrotica ou limitar-se a uma simples inflamação de vizinhança do fóco inicialmente attingido. Si ha ruptura de canal excretor principal, a evolução poderá ser para a formação de pseudokysto do pancreas.

Para se avaliar da frequencia relativa dessas diversas formas, damos a seguir a classificação dos 30 casos de Irvin Abell:

Pancreatite esteatonecrotica	10
" edematosas	9
" hemorrágica	9
" suppurativa	2
Total	30

Etiologia — Do estudo da etiologia da pancreatite aguda pode-se tirar alguma orientação therapeutica. Antes de citarmos as varias teorias apontadas para explicar o desencadeamento da molestia, cumpre salientar a existencia de condições predisponentes. O ethylismo estava presente em 50 dos 105 casos colligidos por Egdhall. A edade madura, proximo dos 40 annos, é aquella em que a frequencia é maior, sendo a molestia excepcional na infancia e rara na velhice, segundo os autores classicos. O sexo parece ter pouca influencia: enquanto Kerschner assignalava 68 % dos casos no sexo feminino, Körte encontrava 30 homens para 14 mulheres e Brocq 182 homens para 152 mulheres. A obesidade é condição das mais encontradiças: 83 % dos casos, segundo Kerschner. Num total de 90 mulheres, 16 estavam gravidas. Mas de todas as condições predisponentes, sobresáem os antecedentes cholelithiasicos com a incidencia de 87,7 % na estatistica de Bernhard e de 93,5 % na de Walzer.

Entre as teorias apresentadas para explicar o desencadeamento da pancreatite aguda, notam-se as seguintes:

1 — Teoria do choque anaphylactico — Sylvestrini lembrou que pequenos derrames intrapancreáticos poderiam sensibilizar o orgão para o desencadeamento de uma crise anaphylactica ali localizada, com edema intenso, ruptura de vasos, ruptura de conductos glandulares, extravasão de fermentos, necrobiose, etc. Ultimamente, as novas idéias sobre a allergia, com estados anergicos localizados, foram aventadas para explicar o desencadeamento da pancreatite aguda.

2 — Teoria vascular — Gilbert e Chabrol acreditaram que o ponto inicial seria uma trombose das veias do pâncreas, seguindo-se destruição das paredes dos vasos, invasão da glândula, necrose, extravasão de fermentos, autodigestão, etc. Para Lepine, já o inicio seria outro: uma arterite, seguida de isquemia, necrose, extravasão de fermentos, autodigestão, etc.

3 — Teoria mecanica — Esta teoria se fundamenta na observação da maioria dos casos e pode ser assim esquematicamente exposta: após uma refeição frugal, a vesícula se contraí, um cálculo é expulso e migra até às proximidades da ampola de Vater, onde engasga, determinando ou parada do exocromo da secreção pancreática ou, mesmo, refluxo da secreção biliar para os canais pancreáticos, que, não resistindo à pressão interna, se rompem em um ou mais pontos, desencadeando a molestia. Há casos em que a obstrução não tem sido por cálculo, mas por ascaris. Esta teoria é a que se ajusta à maioria dos casos, sendo geralmente aceita pelos autores.

Nos casos de pancreatite traumática, é óbvia a etiologia da molestia.

Assim expostos esses aspectos da molestia, resta-nos discutir a orientação de

O TRATAMENTO DA PANCREATITE AGUDA

de acordo com os conhecimentos decorrentes do estudo dos casos observados. Duas correntes se antepõem no momento actual: a dos que aconselham uma atitude conservadora e a dos intervencionistas. Allegam os primeiros que a cirurgia nada mais faz do que a verificação da molestia, sendo numerosos os casos que se curam com o simples acto laparotómico. Allegam mais que, permitindo a clínica um diagnóstico mais ou menos seguro, a cirurgia é, então, dispensável. Os intervencionistas dizem justamente o contrário: o diagnóstico nem sempre pode ser firmado e o acto cirúrgico poderá influir sobremaneira na evolução favorável da molestia. Nem tanto lá, nem tanto cá. O aspecto peculiar de cada

caso orientará o medico assistente. Nós mesmo já deixámos de intervir em um caso de pancreatite traumática e não nos arrependemos da conducta expectante.

O primeiro cuidado do medico ao attender um caso de pancreatite aguda no seu inicio, é combater a dor e o estado de choque: cardiotónicos, sedativos, soro physiologico; ha quem aconselhe, no choque, o uso de alcool endovenoso, tendo-se até registado casos felizes com o emprego de cognac. Passada a crise inicial, cumpre ao medico insistir no combate á dor, ao mesmo tempo que prosegui com as injecções de chloreto de sodio em doses elevadas, no intuito de suprir a chloropenia do meio circulante. Alguns autores aconselham que se tente a inactivação dos fermentos pancreaticos, usando, para isso, a atropina, as lavagens de estomago com borato de sodio, a ingestão de peptona de Witte.

Uma vez resolvida a intervenção cirurgica, ella deverá ser feita depois de vencido o choque inicial. Si a pressão é satisfactoria, a anesthesia preferivel é a racheana, que offerece melhor silencio abdominal e, portanto, facilita as pesquisas e os tempos do acto cirúrgico. Em lesões iniciaes, muita vez só se cinge o operador a fazer a verificação do estado do pancreas; de outras feitas, exposto o pancreas através da abertura do grande epiploon, faz a drenagem da loja pancreatică. Não é essa porém a conducta que mais se recomende. Mesmo nos casos iniciaes, cumpre ao operador ter em mente estes tres pontos capitales:

1. drenagem dos liquidos accumulados na loja pancreatică
2. derivação da bile
3. remoção do obstaculo causador da crise

1. — A drenagem dos liquidos da loja pancreatică deve ser feita por meio de tubo de borracha, collocado através da brecha aberta no grande epiploon e sahindo da cavidade por um orificio proprio, situado a alguns centimetros da incisão que serviu para abrir o abdomen. Nos casos em que tambem já existe liquido na cavidade peritoneal, outro dreno será collocado, preferivelmente na pelve, pois é de conveniencia deixar-se o doente na posição de Fowler desde logo após a intervenção.

2. — A derivação na bile será feita para que ella não continue a refluxir pelos conductos pancreaticos, aggravando a situação. Ella será obrigatoria nos casos de pancreatite biliaria, nos quaes se torna evidente que uma obstrucção completa persiste, tornando a bile um curso outro que não o proprio. Muitos casos de pancreatite aguda têm sido salvos com a cholecystostomia temporaria. Alguns autores aconselham a choledocostomia ou mesmo a hepaticostomia. Quando se verifica que já não ha

obstaculo ao curso normal da bile, seja pela natureza dos vomitos, seja pela verificação operatoria, então se torna desnecessaria a derivação da bile.

3. — A remoção do obstaculo desencadeador da crise deve ser preocupação primacial do operador. Em geral, esse obstaculo é passageiro: o calculo engasgado desceu sob a ação antispasmodica dos sedativos ou do proprio anesthesico empregado para o acto cirurgico. E, assim, muitos casos se curam pela simples laparotomia exploradora, isto é, não pela intervenção em si, mas em consequencia da anesthesia a que foi submettido o doente e que favoreceu a desobstrucção do conducto terminal biliopancreatico. Na incerteza de que o calculo já desceu, deve o cirurgião verificar a sua presença ao nível da ampola de Vater ou a permeabilidade do choledoco, sendo applicável, portanto, nesses casos, a cholangiographia operatoria tão entusiasticamente defendida por Mirizzi e já por nós varias vezes empregada.

Mas não deve o cirurgião se contentar em remover o obstaculo que se ache na ultima porção do choledoco; deve, tambem, remover outros calculos acaso existentes e que futuramente possam desencadear, pela sua migração, novas crises de pancreatite aguda. Com isso fará a prophylaxia da pancreatite aguda recidivante. Assim, calculos situados no choledoco, no hepatico e na vesicula precisam ser retirados: choledoco ou hepaticotomia seguida de choledoco ou hepaticorrhaphia immediata ou de drenagem temporaria, conforme as condições de cada caso (difficuldade ou facilidade de acesso, infecção concomitante das vias biliares, etc.) e cholecystotomia, cholecystostomia ou cholecystectomy, de acordo com as preferencias do operador ou as imposições particulares de cada caso.

Dentro da orientação aqui synthetizada, poderá a cirurgia prestar serviços inestimaveis no combate a essa contingencia felizmente não muito encontrado da abdomen agudo.

Endereço: Cx. Postal 1.574 — S. Paulo.

DRAGEAS **GRANULADOS**

PEPTALMINE

MAGNESIADA

CHOLAGOGO

PERTURBAÇÕES
HEPATO-BILIARES
COLITES

Fabricada no Brasil com licença especial e sob o controle do
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA-Paris
União distribuidora para todo o Brasil
SOCIEDADE ENILA LTDA
174, Rue General Camara — Caixa 684 — Rio

INSUFFICIENCIA
HEPATICA.
ENXAQUECAS

A terapêutica cirúrgica das colecistopatias e a fisiologia normal e patológica das vias biliares (*)

Dr. J. Mendonça Cortez

Chefe do Serviço de Clínica Médica da Beneficência Portuguesa
de S. Paulo.

S U M Á R I O

I — Os resultados atuais da cirurgia das vias biliares

A) — Freqüência de resultados maus:

- a) — Mortalidade operatória
- b) — Sequelas post-operatórias

B) — Causas das sequelas operatórias:

- a) — Aderências
- b) — Grandes erros de diagnóstico no quadrante abdominal superior direito
- c) — Faltas no ato cirúrgico
- d) — Diagnósticos (errôneos ou incompletos) da afecção biliar
- e) — Os atentados contra a fisiologia.

II — A dinâmica normal do escoamento biliar

A) — O reservatório contractil:

- 1 — Capacidade de distensão elástica
- 2 — Poder de concentração
- 3 — Capacidade de secreção e excreção
- 4 — Papel de reservatório
- 5 — Função contractil
- 6 — Esvaziamento passivo.

B) — O mecanismo esfinteriano:

- 1 — A existência do esfínter de Oddi
- 2 — A sua resistência
- 3 — Estudo farmacodinâmico.

C) — Correlações funcionais entre vesícula e esfínter

III — A dinâmica patológica do escoamento biliar

A) — Conceito:

B) — Classificação:

C) — Tradução clínica:

- 1 — Estase
- 2 — Dôr.

IV — A fisiopatologia das grandes intervenções biliares

A) — Colecistectomia:

B) — Colecistostomia:

C) — Colecistotomia:

D) — Anastomoses biliodigestivas:

(*) Conferência na Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa de Campinas em Novembro de 1938.

V — O critério médico para as indicações cirúrgicas

A) — Base fundamental:

- I — Critério fisiológico conservador (evitar aperações inúteis e nocivas)
- II — Diagnóstico complexivo integral (evitar operações incompletas)
 - a) — o perigo de idéias preconcebidas
 - b) — o valor do tratamento médico e suas relações com a cirurgia
 - c) — as intervenções cirúrgicas completamente distantes.

B) — As indicações cirúrgicas:

- 1 — Colecistotomia:
a vantagem de conservar a vesícula
- 2 — Colecistostomia:
a) — indicações tiradas do estado geral;
b) — vantagens da angiocolerografia post-operatória.
- 3 — Colecistectomia:
o grau das lesões vesiculares e as sequelas post-operatórias
- 4 — As indicações do colédoco:
o papel de válvula da vesícula e as perturbações extravesiculares; as vesículas excluídas e as lesões do colédoco;
a exploração do colédoco — vantagens da angiocolerografia operatória;
as indicações cirúrgicas quanto a colédoco — dilatações, derivação externa, derivações internas.

I — OS RESULTADOS ATUAIS DA CIRURGIA DAS VIAS BILIARES

A) — *FREQÜÊNCIA DE RESULTADOS MAUS.* — Os resultados brilhantes já obtidos com freqüência pela Cirurgia das vias biliares justificam a afirmativa de Paul Lecène: “*a cirurgia das vias biliares constitui o triunfo da cirurgia visceral moderna*”. No entanto, apesar de todos os louros colhidos, não obstante os aperfeiçoamentos de técnica, uma maior justeza de indicações, as variedades de intervenções propostas e uma melhor adaptação a caso clínico, o cuidado estudo do pre e do postoperatório, ainda dificuldades avultam e a questão cirúrgica continua em foco, pela necessidade imperativa de ainda procurar obter melhores resultados: provam-no as discussões a respeito travadas no último Congresso da Litíase Biliar de Vichy (1932), onde o assunto longamente debatido por Donnet, Wilkie, Gosset, Petit-Dutailly, Voecker, Beclère, Neuber e outros; afirma-o a recente tese de Bonnet (Paris, 1938).

Com efeito, *dois pontos fracos apresenta ainda a cirurgia biliar: a mortalidade operatória e a persistência, após a operação, de sintomas subjetivos molestos.*

a) — *Mortalidade operatória.* — Apesar de todos os progressos, esta, mesmo nos melhores centros cirúrgicos, atinge ainda de 1 a 6 %. Determinam-na causas múltiplas, ainda imperfeitamente determinadas e portanto nem sempre previsíveis ou controláveis: insuficiências hepática, pancreática ou renal, acidose, hemorragias, colapso central ou periférico, síndromes tóxicas (cloro-

penia, cloropexia, polipeptidemia, etc.), morte hepática (ligadura da atéria hepática?), peritonite, complicações pulmonares, embolias, etc.

b) — *Seqüelas post-operatórias.* — Mas é este por certo o ponto mais fraco da cirurgia biliar, pois freqüentes os casos em que o paciente, após a intervenção, continua a ser molestado pelos sintomas anteriores, ou por outros surgidos após a operação e a ela relacionaveis.

Estudadas fartamente essas seqüelas postoperatórias, em toda a parte e por grande número de autores, verifica-se desde logo variarem em freqüência e intensidade de acordo com o tipo de colecistite (variedade e lesões existentes na vesícula e no restante das vias biliares), de onde a necessidade de se estabelecer para a indicação cirúrgica diagnóstico tão exato quanto possível da colecistopatia em foco no caso individualizado (variedade, forma, etc.). No complexo grupo das colecistites crônicas (sem entrar na questão de vantagens da intervenção precoce), em que se fazem entrar afeções variadas e dispares, cumpre essencialmente, para um estudo geral dos resultados obtidos pela Cirurgia, considerar de início pelo menos dois grandes grupos — colecistites calculosas e colecistites não calculosas —, pois de um para outro divergem de muito os resultados.

E' assim de alto interesse prático a estatística de Kunath, autor americano que estuda os efeitos da colecistectomia em 100 casos de colecistites calculosas e em 100 casos de colecistites não calculosas, casos crônicos obtidos em série sucessiva de entradas na enfermaria (não escolhidos portanto a priori), os resultados tardios estudados em decurso de tempo variando de 2 a 10 anos após a operação. Os quadros detalhados (vide anexo) podem ser resumidos, sob o ponto de vista que de momento nos interessa, da seguinte forma:

- a) — mortalidade operatória de 6 % nas não calculosas, contra 1 % nas calculosas;
- b) — postoperatório imediato favorável em 93 % das calculosas e em 83 % das não calculosas;
- c) — cura completa (desaparecimento completo dos sintomas subjetivos) em 51,8 % das calculosas e apenas em 26,1 % das não calculosas;
- d) — simples melhoria do quadro sintomático em 32,5 % das calculosas e em 43,5 % das não calculosas;
- e) — nenhuma melhoria em 13,3 % das calculosas e em 22,4 % das não calculosas;

ESTATÍSTICA DE KUNATH

Quadro 1

ESTUDO COMPARATIVO DE SINTOMAS E RESULTADOS
OPERATÓRIOS EM COLECISTITES CALCULOSAS E NÃO
CALCULOSAS

		NÃO CALCULOSAS	CALCULOSAS
<i>Número de casos estudados</i>		100	100
<i>Idade média dos doentes</i>		42,3 anos	41,9 anos
<i>Sexo</i>	{ masculino	24	14
	{ feminino	76	86
<i>Antiguidade dos sintomas (antes da operação)</i>		6,37 anos	6,5 anos
<i>Sintomas</i>	{ cólica biliar típica	56 %	84 %
	{ síndrome dispéptica	70 %	75 %
	{ vômitos	71 %	80 %
	{ ictericia	38 %	38 %
<i>Colecistografia</i>	{ vesícula não contrastada	18 (32,7 %)	33 (60,0 %)
	{ " fracamente contrastada	12 (21,9 %)	9 (16,4 %)
	{ contraste bom, funcionamento		
	{ defeituoso	9 (16,4 %)	9 (16,4 %)
	{ funcionamento vesicular normal	13 (23,6 %)	3 (5,4 %)
<i>Cálculos assinalados nos colecistogramas</i>	? em 3 (5,4 %)	22 (40,0 %)	
<i>Ato operatório</i>	{ tecnicamente simples	98 %	90 %
	{ " difícil	2 %	10 %
	{ apendicectomia simultânea	62 %	65 %
	{ hepatite reconhecida na operação	4	2
	{ pancreatite reconhecida na operação	2	2
<i>Alterações microscópicas na vesícula</i>	{ vesícula normal	25	1
	{ " morango	9	0
	{ alterações mínimas	55	13
	{ " moderadas	10	48
	{ " marcadas	1	38
<i>Decurso post-operatório</i>	{ satisfatório	83 %	93 %
	{ infecções locais (incisão)	8 %	7 %
	{ eviscerações	4 %	0 %
<i>Mortalidade operatória</i>		6 %	1 %
<i>Estadia média no hospital após operação</i>		17,6 dias	16,7 dias
<i>Resultados finais</i>	{ número conseguido para estudo	85	83
	{ curados	22 (26,1 %)	43 (51,8 %)
	{ apenas melhorados	37 (43,5 %)	27 (32,5 %)
	{ não melhorados	19 (22,4 %)	11 (13,3 %)
	{ falecidos	7 (8,0 %)	2 (2,4 %)

Quadro 2

RESULTADOS OBTIDOS E ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS VESICULARES

Alterações patológicas	Curados %	Melhorados %	Não melhorados %	Falecidos %
<i>não calculosas</i>				
normais	24,0	36,0	32,0	8,0
minimas	24,4	42,2	22,2	11,2
morango	16,7	66,6	16,7	—
moderadas	37,5	62,5	—	—
marcadas	100,0	—	—	—
<i>calculosas</i>				
minimas	33,3	50,0	8,3	8,3
moderadas	52,6	26,3	21,1	—
marcadas	59,4	31,2	6,2	3,2

Quadro 3

RESULTADOS OBTIDOS E COLECISTOGRAMO

	Casos	Curados %	Melhorados %	Não melhorados %	Falecidos %
ausência de imagem vesicular	45	49,0	33,0	13,3	4,4
imagem fracamente contrastada	21	19,1	47,6	23,8	9,5
imagem bem contrastada funcionam. deficiente .	14	35,7	42,9	14,3	7,1
imagem de contornos imprecisos	2	50,0	50,0	—	—
imagem de vesic. normal	12	41,7	33,3	16,7	8,3

Quadro 4

COLECISTOGRAMO E ALTERAÇÕES MICROSCÓPICAS

Colecistogramo	nulas	minimas	morango	moderadas	marcadas
ausente	3	14	1	19	14
contraste fraco	4	5	1	7	4
contraste bom, funcionamento deficiente .	7	3	1	6	0
sombra de contornos imprecisos	1	3	0	0	0
imagem normal	3	9	3	1	0

Quadro 5

RESULTADOS OBTIDOS E SINTOMAS ANTES DA OPERAÇÃO

Síndrome clínica	N.º de casos	Curados	Melhorados	Não melhorados
Cólicas e dispepsia	81	40,7%	43,2%	16,1%
Cólicas sem dispepsia	29	51,7%	31,0%	17,3%
Dispepsia sem cólicas	31	29,0%	45,2%	25,8%
Nem cólicas, nem dispepsia	18	44,4%	33,3%	22,3%

Fundamentais os ensinamentos dessa estatística: *cura completa só é obtida com a colecistectomia apenas em cerca de um em cada quatro casos de colecistites não calculosas, mesmo simples melhoria apenas em menos da metade dos casos; mesmo nas formas calculosas, em que os resultados são evidentemente melhores, não vai a cura completa além de 50 % dos casos, dos outros 50 % melhorado só um em cada três casos.*

B) — CAUSAS DAS SEQÜELAS POSTOPERATÓRIAS. — Esses resultados não inteiramente satisfatórios levaram inúmeros autores ao estudo das causas de insucesso, várias tendo sido as invocadas.

a) — *Aderências*. — Fator freqüentemente e por muitos imputado, parece haver exagero abusivo quanto ao papel que se lhes atribui e à estimativa da freqüência com que possam ser causa de perturbações postoperatórias importantes, o seu aparecimento antes sob dependência precipua de predisposição constitucional e esta não encontradiça com facilidade.

Quanto ao seu mecanismo de ação, raras seriam as obstruções mecânicas e fixações orgânicas graves causadas pelas aderências, antes agiriam estes por via de reflexos delas partidos e indo determinar espasmos em órgãos dotados de musculatura lisa, tais reflexos mais faceis de se produzirem em indivíduos com constituição neuropática (estudos de von Bergmann: estados inflamatórios da cavidade peritoneal ou espaço retroperitoneal, em indivíduos predispostos, ponto de partida para reflexos alcançando parte pilórica do estômago, duodeno, parte inferior do colédoco, e dando estado espasmódico da musculatura desses órgãos).

Se aderências podem ser causa de perturbações postoperatórias, e mesmo graves como em caso pessoal a seguir resumido, cumpre não aceitar essa hipótese sem estudo detalhado de caso clínico em foco, aderências como agente causal de perturbações graves sendo antes excepcional do que freqüente. A serem arguidas como determinantes de neoformações em predispostos

certas faltas de técnica (brusquidão de manejamentos operatórios, assepsia defeituosa, tamponamento muito abundante com formação de hérnias), aconselháveis sempre que possíveis o fechamento primário da incisão operatória e o levantar precoce do operado.

N. F. — branca, brasileira, solteira. Aos 27 anos, em 20-4-33, colecistectomia (Dr. Bento Th. Ferraz) em consequência de cólicas biliares freqüentes desde há 1 ano e síndrome dispéptica já anterior, não tendo sido encontrados cálculos na vesícula R. X. de estômago e duodeno havia anteriormente mostrado ausência de lesões orgânicas ou perturbações funcionais (Dr. C. Vilaça 8-5-31). Desde Maio até Set. 33, procura-nos a doente por várias vezes, acusando perturbações dispépticas e dores abdominais, incharacterísticas, além de frequente febrícula vesperal: exame radiológico de pulmões é negativo (Dr. C. Vilaça — 27-5-33), nada de positivo assinalando o exame clínico geral. Em Nov. 36, volta de novo a paciente à consulta, afirmando-se muito nervosa, queixando-se do estômago (pêso post-prandial, dificuldade na digestão, dores tardias, vômitos freqüentes aliviando essas dores, períodos de obstipação alternando com diarréia) e de dores esparsas em todo o ventre. R. X. estômago e duodeno: grande quantidade de líquido de estase; contornos lisos e nitidos; duodeno apresentando mancha suspensa, provável úlcera duodenal (Dr. B. L. Oliveira 12-11-36). Fezes: raríssimos cistos de *Ameba coli*; r. Wassermann no sangue negativa (Dr. F. Vasconcelos — 9-11-36). Repouso, regimen e tratamento médico em nada melhoraram seu estado, antes passam a diários os vômitos.

Suco gástrico: 110 cc, de líquido de estase em jejum, de cor verde, muito turvo, com pequeno depósito macroscópico, negativas as pesquisas de sangue e da ac. lática, com traços pronunciados de albumina. Ex. microscópico — numerosas células epiteliais descamadas, numerosos filamentos de muco e alguns restos alimentares. Após refeição de prova, esvaziamento em 50 minutos, com as seguintes titulações:

Porções	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
HCl	60	50	40	6	15	25	34	30	26	56	70	70
Acidez combinada	10	15	14	6	10	5	6	20	10	16	25	10
" livre	70	65	54	12	25	30	40	50	36	72	95	80

estase

Curva irregular, com graus de acidez total muito aumentados após ref. prova. AT, AC e HCl normais em jejum. Tempo de esvaziamento acelerado. Volume de estase muito aumentado U.D.? (Dr. F. Vasconcelos 19-12-36).

Inoperante o tratamento médico, laparatomia em 28-4-37 (Dr. Jayme Rodrigues), encontrando-se apenas enormes aderências hepato-duodenais, além de um estômago muito alongado e dilatado, e limitando-se o cirurgião a desfazer as aderências. A doente é depois submetida a tratamento médico apropriado, mas o quadro clínico mantém-se o mesmo, pelo que volta a ser laparotomizada em Out. 37: o cirurgião encontra aderências tão fortes e extensas como anteriormente, comprometendo toda a região pilórica e duodenal, pelo que resolve fazer uma gastrectomia. Na peça excisada não é encontrada úlcera. Após um pós-operatório tormentoso, a doente restabelece-se progressivamente, desaparecendo a sintomatologia gástrica.

b) — *Grandes erros de diagnóstico no quadrante abdominal superior direito.* — Inutil encarecer as freqüentes dificuldades de diagnóstico diferencial: colecistite, úlcera duodenal, pancreatite, afecções de rim e bassinete direitos, etc.

J. B. — branco, brasileiro, 48 anos. — Doente há 1 ano. Início insidioso, perturbações dispépticas (azia, arrôtos, náuseas) e obstrução; uma noite, dor violenta no epigástrio, sem orradiação, seguida de vômito bilioso. Há 4 meses, dôres no epigástrio, mais intensas 1 a 2 horas depois das refeições, mas continuando-se por todo o dia. Ictérico desde há 1 semana. Há 2 dias, hematemese e melena violentas. No momento do nosso exame, está intensamente icterico, muito abatido, com tendência a delírio. Fígado duro, doloroso, com aumento de dois dedos. Bilirrubinemia 16 mgrs. por mil, coeficiente de adsorção 0%. Galactosúria fracionada — eliminação global de 2,22 grs., concentração global de 3,3 por mil, mas 11,2 por mil na 1.^a micção. Relacionada a hematemese a uma colelitiasi com hepatite peracoleistica, não aceite a hipótese de úlcera duodenal, é feita colecistostomia (Drs. Barbosa de Barros e Jarbas Barros), encontrando-se cálculos. Drenagem satisfatória, melhoria progressiva e rápida. Radiografia ulterior mostra estômago e duodeno sem anormalidade.

J. M. — branco, brasileiro, 29 anos. — Há cerca de ano apresenta sintomatologia de úlcera duodenal, confirmada por exame radiológico (nicho). Há 1 mês se lhe agravaram os padecimentos e notou-se icterico há cerca de quinze dias, ictericia que tem progredido e que o leva a internar-se no nosso Serviço da Beneficência. A entubação duodenal obtém as três biles com facilidade e essas se mostram normais. A ictericia declina paulatinamente, simples incidente no decurso de uma úlcera do duodeno.

Mas o que cumpre frisar é a possibilidade de coincidências mórbidas, isto é, mesmo demonstrada ao colecistograma a existência de cálculos, será essa colelitiasi responsável pelo quadro clínico? Altamente interessante o caso citado por Varella-Fuentes: cólicas violentas no abdômen direito, calcúlo da vesícula, colecistostomia e retirada de cálculos sem resultado favorável, colecistectomia ulterior igualmente infrutífera; só mais tarde reconhecida uma hidronefrose direita, o tratamento desta liquidando de vez as cólicas. Se mesmo resultado de exame radiológico indicando de certeza a calcúlo vesicular ainda exige para comandar terapêutica aceitar o raciocínio clínico seja essa calcúlo a causa do quadro sinomático em jôgo, o que dizer então do valor de provas funcionais mais aleatórias, como uma simples resposta vesicular negativa em entubação duodenal não repetida? O valor dos exames não haverá que o negar, mas os seus simples resultados nunca poderão ser elemento suficiente para erigir diagnóstico e estabelecer indicação operatória — êstes fruto do trabalho de síntese do raciocínio clínico.

c) — *Faltas no ato cirúrgico.* — Proclamam os cirurgiões com justeza dependerem essas muitíssimo de dificuldades técnicas especiais a cada caso, muito menos do próprio cirurgião. Seja como fôr, poderão motivar seqüelas postoperatorias:

1 — um cístico remanescente com certa extensão poderá dilatar-se e simular vesícula neoformada, abrigo para novos cálculos ou foco de infecção;

2 — cálculos esquecidos no colédoco, ou melhor nele não percebidos (e quem poderá com freqüência garantir uma exploração satisfatória?) manterão a sintomatologia anterior ou criará novos episódios;

3 — um colédoco lesado accidentalmente no ato operatório (não falemos já da sua secção ou ligadura) poderá vir a motivar depois (estenose cicatricial, coledocite retráctil) perturbações do escoamento biliar originando fenômenos dolorosos, até mesmo verdadeiras cólicas biliares;

4 — semelhantemente, lesões accidentais da artéria hepática, se não tão graves (ligadura) a ponto de determinarem morte nas 24 a 48 horas a seguir à operação (morte hepática), poderão vir a causar mais tarde manifestações graves de insuficiência do parênquima jecoral.

d) — *Diagnósticos faltosos (errôneos ou incompletos) da afecção biliar.* — A complexidade da patologia biliar, pela variedade de seus quadros mórbidos, multiplicidade de seus fatores e mecanismos fisiopatológicos que aí se podem desencadear, faz seja freqüentemente o diagnóstico clínico incompleto, difícil de integrar sob o ponto de vista etiológico, fisiopatogênico, localístico mas complexivo, como cumpriria ser para terapêutica realmente eficaz, médica ou cirúrgica. Com efeito:

1.^º — O conceito da patologia vesicular é hoje inteiramente diverso do de há poucos anos atrás, em que cólica biliar era por assim dizer sinônimo de calculose vesicular. A demonstração da realidade da existência de cólicas sem cálculos, portanto do pouco valor do fator mecânico estranho no desencadear do paroxismo doloroso, veiu fazer se salientasse possível papel da infecção e da estase. Ao problema metabólico se associaram o problema da infecção parietal da vesícula e o da estase não determinada por obstáculo mecânico mas por perturbações puramente funcionais de origem muscular ou nervosa (discinesia): três já agora os fatores, não tanto a sucederem-se, mas em geral a intrincarem-se como círculos intersecantes (von Bermann) na gênese de cada quadro clínico. A cólica não é o cálculo a determiná-la pela sua mobilização, mas sim o distender das vias biliares pela tensão maior do seu conteúdo, originada esta pela contratura espasmódica das suas paredes ou melhor dos seus esfíncteres.

2.^º — Mas aí, vem então afirmar-se a unidade fisiológica e também patológica de todo o trânsito biliar: o colédoco coordenado fisiologicamente de modo esrieto com a vesícula biliar, comparticipa também dos processos patológicos, que nessa se

assestem-perturbações coledocianas precedendo por vezes perturbações vesiculares, perturbações vesiculares coexistindo já de início com perturbações coledocianas, ou pelo menos perturbações vesiculares não podendo deixar de vir a repercutir morbidamente sobre o coléodoço após algum tempo de sua existência. As colecistites, simples afecções da vesícula, transformam-se nas colecistopatias de von Bergmann, isto é, consideradas como afecções gerais das vias biliares. E a Cirurgia, nas suas variedades de técnica e indicações operatórias, evolui: a) — quando apenas se considera o cálculo, a colecistotomia ou a colecistostomia; b) — quando avulta o possível papel da infecção e das alterações parietais, a colecistectomia obrigatória; c) — contra as perturbações coledocianas (dinâmica), a coledocotomia e drenagem, a drenagem sistemática (Kehr), as anastomoses bilio-digestivas.

Como estabelecer as várias indicações sem diagnóstico tão exato quanto possível? Quantas seqüelas post-operatórias a resultarem de intervenção incompleta?

3.^º — Mas a unidade não é sómente biliar, mas é hepatobiliar. Por um lado, se as vias biliares se ramificam através do parênquima jecoral e os seus últimos capilículos não têm mais parede própria, que esta é a própria trave hepática, isso explica a sucessão de colecistites, angiolíticos, colangias em geral, colangiolias, hepatites, isto é, a associação de manifestações hepáticas a afecções biliares. Ainda, por outro lado, não se esqueça a possibilidade, grande para muitos (Fiessinger), de um fator hepático primitivo na gênese da litíase biliar. Daí a conveniência da exploração funcional cuidada do fígado nos biliares, não só pelos possíveis perigos da intervenção cirúrgica indicada, como para prognóstico após a operação. Não poderá a insuficiência hepática explicar certas seqüelas em colecistectomizados?

4.^º — Cumpre pensar ainda de modo mais complexivo global, e não localisticamente: as correlações funcionais e patológicas estreitas entre vias biliares e todo o organismo, principalmente estômago, duodeno, pâncreas, jejunoo-ileon, colons, apêndice, e mesmo sistema vagosimpático, influências hormonais e até o próprio psiquismo, não impõem diagnóstico integral complexivo e não explicam muitas seqüelas após uma simples colecistectomia? Tanto mais que demonstrado de sobejo não serem as colecistopatias afecções primitivas, mas sim localizações secundárias nas vias biliares de processos infeciosos gerais ou de focos distantes, metabólicos ou neurovegetativos: a tudo isso poderá curar só de per si uma intervenção praticada apenas na vesícula ou nas vias biliares?

J. P. — branco, português, 44 anos. — Colecistectomizado há 3 anos, em consequência de cólicas biliares, tendo sido encontrada vesícula esclerosada, com grandes aderências, mas sem cálculos (Dr. Barbosa de Barros). Acusa as mesmas dores do que antes da operação, embora as crises mais espaçadas, mas muito violentas, sobrevindo geralmente 2 a 3 horas depois das refeições. Nausées, vômitos. Fígado ligeiramente aumentado, pouco sensível. Urina, apenas urobilinogenuria. A entubação, grande quantidade de pús e Lambliás (formas moveis) nas biles A e C Bilirrubinemia de 5 mgrs. por litro. Após 2 meses de tratamento (arsemetine, entubações repetidas, etc.), desaparecimento das cólicas e queda da bilirrubinemia para 3,2 mgrs.

e) — *Os atentados contra a fisiologia.* — Se um estudo cuidadoso de cada caso clínico pode evitar os grandes êrrros de diagnóstico no quadrante abdominal superior direito e até certo ponto os diagnóstios errôneos (faltosos ou incompletos) da afecção biliar realmente em foco, se a habilidade cirúrgica pode reduzir ao mínimo a formação de aderências postoperatórias e as perturbações futuras decorrentes de faltas no ato cirúrgico, e portanto é possível serem assim afastadas todas essas causas de sucesso incompleto na cirurgia das vias biliares, há porém uma grande causa irremovível a obscurecer esse "triunfo da cirurgia visceral moderna", a fazer com que as operações biliares, particularmente a colecistectomia, sejam muitas vezes não de todo gratas aos operados dados os sintomas que os continuam a amofinar, êstes ferdadeiras seqüelas operatórias: — é o *atentado que tais intervenções mutilantes representam contra a fisiologia normal.*

O desconhecimento do papel fisiológico da vesícula biliar até há vinte anos atraç fazia considerá-la como simples divertículo passivo nas vias biliares, sem papel apreciável no organismo, talvez simples orgão vestigial.

Assim faziam pensar: o facto de exitarem mamíferos sem vesícula; a possibilidade, observada no homem, de processos patológicos haverem excluído totalmente a vesícula (calculose com obstrução, fibrose, aderências, etc.), sem perturbações desagradáveis aparentes; indivíduos colecistectomizados sem inconvenientes ulteriores.

No entanto, o aparecimento da prova de Meltzer-Lyon (1919) e da coleistogramografia (Cole e Graham, 1924) permitiram o estudo das biles vesicular e hepática e o da fisiologia da vesícula e determinaram novas concepções.

Aos argumentos contra um verdadeiro papel fisiológico da vesícula, outros foram opostos:

a) — nas animais normalmente sem vesícula, é a bile hepática mais concentrada do que a dos animais com vesícula (concentração pela mucosa da via biliar principal?);

b) — há, após a colecistectomia, evidentes modificações na árvore biliar: incontinência do esfínter de Oddi, dilatação do hepático, do colédoco e do côto cístico, aquisição de certo poder concentrador pelos canais biliares (tendência do organismo a substituir a função normal e necessária da vesícula);

c) — poder-se resecar a metade do estômago, o colon, o baço, ou mesmo um braço ou uma perna, indica não serem tais órgãos necessários ao organismo (Aschoff)?

Segundo o assente atualmente é, ao contrário, muito importante o papel da vesícula, sendo em síntese a seguinte a fisiologia normal das vias biliares:

I — As vias biliares não constituem apenas um sistema passivo de canalização da bile do fígado para o duodeno, mas ao contrário representam um meio ativo de regulamentação permitindo o escoamento da bile das vias biliares para o duodeno (função esfincteriana) apenas na ocasião em que essa neste se torna necessária (período digestivo) e o fornecimento então de bile da qualidade apropriada por mais concentrada (função vesicular) para o papel a desempenhar (bile B).

II — São dotadas os vias biliares de dispositivo esfincteriano impedindo refluxo vindo do intestino e consequente fácil infecção ascendente.

III — Influem também as vias biliares sobre a intensidade de secreção da bile pelo fígado, segundo grau de vacuidade ou repleção.

Ora, poderá a Cirurgia destruir impunemente todos êsses dispositivos? Como reagirá o organismo? Até onde irá a sua capacidade de adaptação? Não estará na destruição brutal desse mecanismo delicado a causa principal e mais freqüente das perturbações surgidas após uma colecistectomia intempestiva?

Para o poder prever, vejamos rapidamente a "dinâmica normal do escoamento biliar", depois as suas "modificações patológicas" e finalmente a "fisiopatologia das grandes intervenções biliares". Após isso, poderemos então esboçar o "critério médico das indicações em cirurgia biliar", face aos conhecimentos atuais da fisiologia e da patologia.

II — A DINÂMICA NORMAL DO ESCOAMENTO BILIAR

Facto fundamental: *secreta o fígado a bile de maneira continua, mas as vias biliares permitem dar-se o seu escoamento para o duodeno de modo intermitente, graças a possuirem um reservatório contráctil (vesícula) e um mecanismo esfincteriano apropriado.*

Nesse sistema condutor (vias biliares), que não é portanto um sistema de canalização passiva, haverá a considerar:

- a) — o reservatório contractil — vesícula;
- b) — o mecanismo esfincteriano — esfincter de Oddi;
- c) — as correlações funcionais entre a vesícula e o esfincter terminal do colédoco.

A) — *O reservatório contráctil*

Quais as propriedades permitindo à vesícula biliar exercer este papel fundamental?

1 — *Capacidade de distensão elástica* — Pelas fibras elásticas da sua túnica média (túnica fibrosa externa), varia a vesícula a sua capacidade normalmente de 5 a 50 cc.

2 — *Poder de concentração* — A propriedade de concentrar a bile é a função vesicular de há mais tempo conhecida e a menos contraditada.

Em condições normais são absorvidos pela mucosa vesicular essencialmente a água e os sais inorgânicos, não o são praticamente os pigmentos e sais biliares, as gorduras e os lipóides.

Demonstram essa absorção a análise comparativa das biles, os característicos da bile B, afora várias provas experimentais e sobre ela se baseia a colecistografia pelo método de Cole e Graham.

Nas vias biliares, cabe exclusivamente à vesícula essa faculdade de absorção, de modo a se poderem destarte distinguir nelas um sistema concentrador (vesícula) e um sistema simplesmente condutor (hápatico e colédoco).

De importância básica para o regular da tensão dentro das vias biliares esse poder de absorção vesicular:

a) — a laqueadura do colédoco, praticada em animais com vesícula normal, determina aparecimento de icterícia só após 36 a 48 horas, lapso de tempo que cai para 3 a 6 horas quando feita essa laqueadura em animais colecistectomizados, mesmo que praticada a colecistectomia muito tempo antes (experiências de Mann e Bollmann), ou em animais cuja vesícula tenha sido previamente destruída funcionalmente pelo líquido de Dakin (experiências de Mann, Bollmann e Page);

b) — se praticada ligadura nas vias biliares abaixo da vesícula, continua a bile a ser concentrada (*green system*), ao passo que se laqueadas as vias biliares acima da vesícula aparece a bile, não concentrada, mas sim diluída pela secreção mucosa dos canais biliares (*white system*) e passados os pigmentos para a

circulação sanguínea (experiências de Rous e Mc Master — a questão da bile branca);

O poder de concentração da mucosa vesicular é variável:

a) em condições normais, fixado pelos autores em de 4 a 10 vezes, segundo a plenitude ou vacuidade da vesícula e o tempo de permanência da bile.

Igual a concentração da bile secretada pelas várias partes do parênquima hepático em um determinado instante, seria o índice de concentração igual a 7 em vesícula vazia, a 6 em vesícula parcialmente cheia, mas a simples passagem pela vesícula concentraria a bile 2 a 4 vezes (experiências de Rous e Mc Master);

b) em circunstâncias patológicas (infecção, estase) poderá esse poder de concentração ser modificado no sentido de perda completa ou parcial (ausência de colecistograma, ou pequeno contraste), exagero (por estase ou colecistite papilomatosa — colecistograma fortemente marcado na discinesia hipertônica), ou pervertido (papel da infecção na colelitogênese — Rehfuss).

3 — *Capacidade de secreção e excreção* — Admitida a passagem para a bile de muco secretado pela mucosa vesicular (apesar da falta de verdadeiras glândulas mucosas), admitida igual e semelhantemente a secreção de colesterolina, conhecido o aparecimento na bile vesicular de corantes (rosa de Bengal) injetados por via venosa após ligadura do cístico, sustentaram Mann e Kodama a hipótese de se dar o enchimento da vesícula, não através do cístico, mas por verdadeira secreção das paredes vesiculares. Se tal hipótese não foi aceite, secreção e excreção pela parede vesicular são propriedades que no entanto interessam diretamente e em muito as perturbações mórbidas do metabolismo da bile vesicular (colelitogênese) e podem explicar certas colecistites tóxicas.

4 — *Papel de reservatório* — Se a excreção biliar para o duodeno se dá predominantemente ou quasi exclusivamente no período digestivo, isso se deve a mecanismo esfincteriano na desembocadura das vias biliares desempenhando o papel de comporta, e também a representar a vesícula verdadeira função de reservatório (reprêsa).

E' de alta vantagem esse dispositivo fisiológico, assegurando, não só a chegada de bile ao delgado no momento da digestão, mas ainda de uma bile mais apropriada (concentração) para o papel a desempenhar: além da ação digestiva propriamente dita da bile B, considerar a ação colerética dos sais biliares (círculo entero-hepático) e a atuação saneadora sobre o meio intestinal (poder bactericida da bile, estímulo do peristaltismo intestinal combatendo a estase).

Mas, se a capacidade da vesícula atinge apenas em condições normais de 5 a 50 cc. e se o volume da secreção biliar em 24 horas alcança de 800 a 1200 cc., como será possível à vesícula representar esse papel de reservatório? Graças a conjugado harmônico de propriedades da vesícula, funcionamento esfinctesiano e colerese hepática.

1.^o — Age a vesícula de modo tríplice:

- a) pela capacidade de absorção de água, concentrando a bile que nela permaneça por algum tempo, de 4 a 10 vezes;
- b) pela regulamentação da colerese hepática, segundo vacuidade ou plenitude vesiculares — se cheia a vesícula orça a secreção hepática por cerca de 6 gotas por minuto, ao passo que se vasia atinge a 15 ou até 17 gotas em igual lapso de tempo (experiências de Demel e Brümelkamp);
- c) pelo esvaziamento da vesícula a seguir a cada refeição, isto é, pelo menos 3 a 4 vezes por dia com os nossos hábitos alimentares.

2.^o — O esfínter coledociano, não só é facilmente frangueável à bile C durante todo o período digestivo, como não é absoluta e permanentemente estanque fora desse, permitindo a passagem freqüente de pequenas quantidades de bile para o duodeno.

3.^o — Durante o período digestivo, quer pela ação da secretina libertada no duodeno (Bayliss e Starling), quer pela ação dos sais biliares (círculo entro-hepático), aumenta de muito a colerese hepática e a bile C flui então livremente através do esfínter aberto sem fazer etapa vesicular.

Esses os dispositivos a permitirem à vesícula papel de reservatório suficiente e útil para a bile a ser excretada para o duodeno no momento apropriado.

5 — *Função contractil* — Como se dará então nesse momento apropriado o esvaziamento do reservatório biliar, isto é, da vesícula? De um modo ativo, graças à contração das suas paredes, ou de maneira passiva por simples aspiração através das vias biliares então com seus esfíncteres relaxados, ou mesmo por simples expressão determinada por pressões exteriores, hipóteses essas que todas tem sido propostas? Graças fundamentalmente à função contractil da vesícula:

a) Na aparência, são-lhe as condições anatômicas desfavoráveis à contração ativa: aderência íntima do corpo da vesícula à face inferior do fígado, o eixo vesicular quasi vertical, o fundo da vesícula em nível mais baixo do que a ampola de Vater, o arqueamento do colo e a presença das válvulas de Heister, a es-

treiteza e o comprimento do cístico, as relações dêste com o hepático e o seu modo de desembocar no colédoco, finalmente a escassez da camada muscular na vesícula.

b) São porém elementos favoráveis para se admitir o poder contrátil da vesícula: a camada fibromuscular formada por tecido elástico, com alguns feixes de fibras musculares lisas, entre-cruzando-se em todos os sentidos, mas prevalentemente circulares; a grande quantidade de fibras elásticas na camada subserosa; a disposição portanto reticular da camada muscular; isto é, permitindo, embora a sua gracilidade, a retração da vesícula em todos os sentidos e podendo mesmo ser considerada como o mais perfeito sistema de retração por contração (Ranvier).

c) Mas se na anatomia e na histologia, embora aparências desfavoráveis a um primeiro exame, nada há que contraprove ou negue a função contrátil da vesícula, esta está hoje bem demonstrada pela experimentação de laboratório e pela observação no homem: antigo já o estudo de contrações observadas em laboratório em fragmentos de vesículas retiradas de animais, quer contrações espontâneas (lentas, durando horas, ou contrações de fundo; pequenas, durando apenas alguns segundos e desaparecendo após 10 ou 12 minutos), quer provocadas (aquecimento), é mais recente o estudo dessa contractilidade no homem, quer experimentalmente (como veremos a seguir), quer em laparotomias desde que observadas condições especiais (pequenas incisões, não resfriamento, anestesia, etc.) ou com entubação simultânea.

E' o progresso da radiologia das vias biliares que tem permitido ver e acompanhar as contrações vesiculares:

I — A demonstração e o estudo das contrações, no animal, pelo método de Whitaker (exposição da vesícula, retirada da bile vesicular e sua substituição por lipiodol, para opacificação aos R. X): não se dando alimentação, o contraste permanece ainda depois de 24 horas, observando-se pequenas contrações lentas e irregulares, estas inhibidas facilmente pelos manejos operatórios. A adrenalina e a estimulação do simpático determinam contrações possantes da vesícula, ao passo que a excitação do vago (!), a injeção de secretina ou a presença de HCl no duodeno ficam sem efeito. Os sais biliares intensificam mais os contornos da sombra vesicular (maior colerese). O peristaltismo duodenal, a presença de citobário no duodeno, a injeção de eserina, não determinam esvaziamento da vesícula. São igualmente sem influência os movimentos respiratórios.

Ao contrário, a penetração no duodeno de gorduras ou gema de ovo, muito menos eficazes as proteínas, determina contrações vesiculares violentas (verdadeiros anéis de contração e ondas peristálticas), mesmo depois da ligadura dos quilíferos ou secção

dos ramos do vago e do simpático. Se porém essa passagem pelo duodeno de gorduras ou gemas for extremamente rápida, já o efeito vesicular se não manifesta. Parece assim tratar-se da absorção sanguínea de produtos originados durante a digestão de gorduras ou gemas, em menor proporção de proteínas, o estímulo para contração da vesícula.

II — No homem, é de alto interesse o estudo do esvaziamento vesicular após ingestão das gemas de ovo (modificação do colecistograma após refeição de Boyden):

A) Já antes de dada a refeição, contrações espontâneas de jejum, mesmo sem estímulo olfatório ou psíquico, na dependência das contrações de fome originadas no antró pilórico; diminuição simultânea da resistência do esfínter de Oddi pelos estímulos psíquicos e pela passagem de HCl através do piloro; nessas condições o esvaziamento observado é predominantemente passivo, por simples abertura do esfínter de Oddi.

B) E' a seguir a uma refeição de gemas ou nata que se observam verdadeiras contrações:

a) a porção inicial da refeição transponde o piloro poucos segundos após a sua deglutição, após curíssimo período de latência (dentro de 2 minutos após a ingestão) observa-se acentuada diminuição do volume da vesícula;

b) o esvaziamento vesicular se dá entre 16 minutos e 4 horas, no seguinte ritmo — resposta inicial, pausa, período principal de descarga ($\frac{3}{4}$ do conteúdo vesicular), pausa de 5 a 45 minutos, segunda fase de contração com períodos alternados de contração e relaxamento.

C) A mobilização das imagens calculosas nos colecistogramas acompanhando as modificações de forma e volume da vesícula.

D) O caráter fundamental da natureza da refeição para determinar o esvaziamento é também demonstrado pela experiência de Puestow (isolamento da 2.ª porção do duodeno, duodenostomia) mostrando que em jejum, embora aberto o orifício do colédoco, não há escoamento biliar, mas este se dá eletivamente e logo a seguir à ingestão de gorduras.

Qual o mecanismo desencadeador da contração vesicular? Provavelmente complexo:

a) vimos o papel provável de elementos resultando principalmente da digestão de gorduras parecendo agir por via sanguínea;

b) o suco gástrico agindo sobre a mucosa duodenal libertaria uma substância especial, a "colecitocinina" (Ivy, Oldberg e Lueth) e esta agiria por via sanguínea sobre as paredes vesiculares;

- c) demonstrada clínica e experimentalmente a ação do pneumogástrico sobre a contração e o esvaziamento da vesícula;
- d) semelhantemente, conhecido também o papel de influências hormonais (pituitrina).

6.^o — *Esvaziamento passivo da vesícula* — Várias hipóteses procuram explicar o esvaziamento da vesícula de forma puramente passiva, isto é, sem levar em conta a sua capacidade de contração, embora contra a demonstração experimental já referida:

- a) As variações rítmicas da pressão abdominal determinadas pelos movimentos respiratórios determinariam o esvaziamento vesicular (Winkelstein);
- b) este se daria em consequência da distensão congestiva do fígado durante a digestão;
- c) o esvaziamento vesicular seria apenas consequência, não da contractilidade da vesícula, mas da sua distensão e da elasticidade das suas paredes;
- d) o esvaziamento da vesícula seria simples resultado da abertura do esfínter de Oddi e aspiração da bile vesicular pela corrente de bile C (Winkelmann, Aschner);
- e) mas tem sido principalmente o tonus duodenal (contrações peristálticas seguidas de fases de relaxamento, tendendo como que a ordenhar o colédoco) o fator mais invocado como determinante do esvaziamento passivo da vesícula: o esfínter de Oddi não existiria, ou pelo menos não teria papel no escoamento da bile, este se dando em consequência do tonus e do peristaltismo duodenais (Harer, Hargis, van Metter). No entanto, se o peristaltismo intestinal pode ter alguma influência no esvaziamento das vias biliares, tal influência será secundária, limitando-se a interferir no fenômeno apenas pelas condições anatômicas da porção final do colédoco (travessia da parede duodenal). São nesse sentido as conclusões de Ivy:

I — os processos que aumentam a tonicidade do duodeno retardam a passagem da bile para o duodeno;

II — todos os processos que diminuem a tonicidade do duodeno e provocam o peristaltismo normal favorecem a passagem de bile para o duodeno.

B) — *O mecanismo esfínteriano*

Para a dinâmica apropriada do fluxo bilar, será complemento necessário ao reservatório contractil um sistema esfínteriano a assegurar a obstrução da parte terminal das vias biliares, assim permitindo o enchimento passivo da vesícula (para se opor ao qual parece despresível ação contrária do esfínter

de Lüttkens do cístico), e que só venha a abrir-se quando do esvaziamento por contração desse reservatório.

1 — *A existência do esfínter de Oddi* — Descrito em 1898 por Oddi um esfínter na porção terminal do colédoco, tem sido debatida a questão da sua independência, autores afirmando tratar-se apenas de feixes integrantes da musculatura duodenal. No entanto, a independência do esfínter de Oddi está hoje bem demonstrada:

a) anatomicamente — dissecção da região coledoco-duodenal e seu estudo histológico, demonstração por Schwegler e Boyden, no feto humano, de um esfínter independente desenvolvendo-se na união do colédoco com a ampola de Vater;

b) fisiologicamente, pela existência, em todas as espécies animais providas de vesícula biliar, de um mecanismo opondo resistência à passagem da bile para o duodeno (certamente a motilidade e o tonus duodenais terão papel na origem dessa resistência, mas há principalmente o papel do esfínter, este agir independentemente de per si);

c) radiologicamente (resistência oposta pelo esfínter, espasmos), quer pela injeção de substâncias opacas através de fistula biliar, quer pela colangiografia operatória, quer combinando-se o exame radiológico à entubação.

2 — *A sua resistência* — Recentemente, Doubilet e Colp mediram mesmo a resistência do esfínter de Oddi no homem, adaptando aparelho para registro quimográfico a tubo T em operados do colédoco, e em animais. Demonstraram assim que a resistência do esfínter pode alcançar no homem a uma coluna de água de 60 cm. de altura, no cão a 75 cm., a pressão secretora do fígado sendo de 30 cm. e a força de contração da vesícula de 20 a 25 cm..

Segundo Wright, seriam êsses dados diferentes no jejum e em período digestivo: em jejum, resistiria o esfínter de Oddi até uma pressão de 300 mm. de bile, a vesícula se enchendo desde que atingida no hepatocoléodo uma pressão de 70 mm; no período digestivo, não resistiria o esfínter de Oddi a pressão de 100 mm. a contração da vesícula elevando a pressão dentro das vias biliares a 200 mm.; obstruída a desembocadura das vias biliares, poderia a pressão subir até 300 mm., limite após o qual começaria a passagem de bile para o sangue.

3 — *Estudo farmacodinâmico* — Semelhantemente estudaram Doubilet e Colp a ação de várias substâncias medicamentosas sobre o esfínter terminal do colédoco, concluindo:

a) a instilação duodenal de sulfato de magnésio determina relaxamento do esfínter;

- b) a instilação duodenal de sulfato de sódio ou a de óxido de magnésio dão tendência para relaxamento;
- c) a instilação duodenal de HCl diluído determina espasmo temporário, este podendo ser evitado pela atropina;
- d) a injeção de morfina determina espasmo severo do esfincter, perdurando por três horas e não influenciável pela atropina;
- e) a papaverina pode dar relaxamento temporário de um esfincter espástico; mas por pouco tempo;
- f) a adrenalina tem ação despresível sobre a resistência do esfincter;
- g) a atropina diminui a resistência do esfincter;
- h) a pilocarpina aumenta a resistência do esfincter;
- i) quer a trinitrina, quer o nitrito de amilo, relaxam o esfincter;
- j) os sais biliares tendem a fazer diminuir a resistência do esfincter.

Sob o ponto de vista terapêutico, dado o novo conceito de gênese da cólica hepática e para a drenagem das vias biliares, são estes dados de altíssimo valor (salientando-se principalmente a ação nefasta da morfina e benéfica da trinitrina ou do nitrito de amilo).

C) Correlações funcionais entre reservatório e esfincter

E' à correlação estricta entre reservatório contrátil e esfincter que cumpre assegurar o funcionamento harmonioso do sistema, a quebra de harmonia dêsse tendo o seu sintoma exteriorizador mais berrante na síndrome dolorosa denominada "cólica hepática".

A experimentação e principalmente nos últimos tempos a observação clínica e radiológica, em indivíduos normais e em operados (colecistectomizados, fistulosos vesiculares, portadores de dreno no colédoco, etc.) demonstram:

- a) quando a vesícula se contrai, relaxa-se o esfincter, mas não completamente (Ivy);
- b) em alguns indivíduos, durante a digestão, esvazia-se a vesícula por fases, em consequência de variações na resistência do esfincter;
- c) a extirpação de uma vesícula normal faz com que o esfincter fique incompetente por certo tempo (Ivy);
- d) a ingestão de alimentos não determina relaxamento de esfincter na ausência da vesícula (Doubilet e Colp).

Essa correlação funcional harmônica entre vesícula biliar e esfínter de Oddi deverá ser mui provavelmente assegurada pelo sistema nervoso vegetativo:

a) já há muito enunciou Doyon a sua lei da inervação contrária da vesícula e esfínter do colédoco, a fazer com que a contração da vesícula fosse seguida de relaxamento do esfínter de Oddi;

b) no entanto, estudos mais recentes de Westphall tendem a demonstrar ser mais complicado o mecanismo, pois que, em resumo, se uma excitação do simpático faz com que a vesícula se relaxe e o esfínter de Oddi se feche, uma excitação moderada do pneumogástrico faz contrair a vesícula e abrir o esfínter, já uma excitação forte do mesmo pneumogástrico obtém uma contração vesicular violenta mas simultaneamente um fechamento tenaz do esfínter de Oddi. Explica-o Westphall admitindo ser o esfínter do colédoco formado na realidade por dois esfíncteres com inervação distinta (um pelo pneumogástrico e outro pelo simpático), assim se patenteando a complexidade das perturbações dinâmicas suscetíveis de se produzirem e as dificuldades da patologia bilar na prática.

c) Assim, como bem diz Ivy, os pneumogástricos são predominantemente os nervos responsáveis pela contração das vias biliares, mas a inervação não é simples, antes complexa (por exemplo, a anestesia raquídea diminui a resistência do esfínter).

III — A DINÂMICA PATOLÓGICA DO ESCOAMENTO BILIAR

(Discinesias)

A) *Conceito* — As perturbações do escoamento da bile constituem fator de alta importância na patologia das vias biliares: se o antigo conceito de colecistites como afecções localizadas só à vesícula biliar evoluiu para o de afecções acometendo em geral à totalidade das vias biliares extrahepáticas (colecitopatias), ou para o da repercussão habitual e precoce das afecções vesiculares sobre o hepático e o colédoco e vice-versa, semelhantemente aos fatores metabolismo (hipercolesterinemia) e infecção se associa hoje na gênese das colecistites (calculosas ou não), agindo simultaneamente com êstes, ou mesmo precedendo-os com frequência, o fator estase, isto é, a perturbação do escoamento biliar. Ao conceito de colecistopatia se associa o de discinesia, esta, a dinâmica patológica biliar, podendo dar-se de forma primitiva ou secundária, ser uma perturbação puramente funcional (discinesia pura ou primária) ou então associada à calculose ou à infecção (discinesia secundária).

B) *Classificação* — Esquemática a de Westphall para as discinesias puras (hipertônicas-predominância do vago; hipotônicas-predominância do simpático), encara a todas as hipóteses suscetíveis de encontrar na prática a de Ivy (vide quadro).

CLASSIFICAÇÃO GERAL DAS DISFUNÇÕES MOTORAS DA VESÍCULA E ESFINCTERS

(Ivy)

1 — *Vesícula hipotônica*:

A) — primária — defeito congênito da musculatura, ou vesícula hipoirritável (a vesícula nunca se esvazia completamente e é visível ainda horas depois da prova de Boyden).

- B) — secundária —
- a) — ação de origem simpática, esplâncnica ou inhibição reflexa (obstipação, gravidez).
 - b) — perturbação hormonal (deficit de colecistocinina, aumento de certos hormônios durante a gravidez).
 - c) — relaxamento ou paresia secundários a esfínter de há muito espástico.

2 — *Esfínter atônico ou incompetente* (a vesícula não se enche, nem se vê bem; à entubação, saída continua de bile):

- A) — primário — de ordeim congênita.
- B) — secundário —

 - a) — inhibição nervosa do esfínter
 - b) — colecistectomia cirúrgica
 - c) — " patológica (exclusão da vesícula)
 - d) — duodeno atônico (raro).

3 — *Discinesia hipertônica* (esfínter hipertônico e vesícula normal, ou hipermotilidade. Resistência do esfínter e contração da vesícula em resposta a gorduras, suco gástrico ou sumo de frutas ácidas, o que produz mau estar nas vias biliares, piloro-espasmo, refluxo, náuseas e vômitos):

- A) — primária — constitucional (?)
- B) — secundária —

 - a) — reflexos por via vagal
 - b) — desequilíbrio hormonal
 - c) — duodeno irritável ou irritado.
 - d) — inflamação da ampola de Vater
 - e) — hipertrofia do esfínter de Oddi.

C) *Tradução clínica* — Resultante imediata da discinesia é a estase biliar, esta com as suas possíveis consequências — modificações da mucosa (hipertrofia e hiperplasia), infecção, modificações fisicoquímicas da bile, colelitogênese — e traduzindo-se clinicamente por sensações dolorosas variando da simples impressão de peso doloroso no hipocôndrio direito ou no epigástrio

até à cólica biliar violentíssima, e ainda por icterícia, esta variável em intensidade, mas podendo até semelhar obstrução orgânica do colédoco.

I. *Estase* — Várias poderão ser suas causas: ao lado de fatores mecânicos (cálculos do colédoco ou do cístico, estenoses inflamatórias do colédoco, tumores, compressões extrínsecas, etc.), cumpre admitir estases puramente funcionais (discinesias puras de Westphall, colecistoatonia de Chiray, espasmos do esfínter de Oddi), além das de causas mais raras (estímulo alimentar deficiente, duodenites e estase duodenal, muito dificilmente hiper-tonia do esfínter de Lüttkens).

II. *Dôr* — A cólica biliar, em toda a sua gama de variações de intensidade, deve ser considerada como a resultante do aumento da tensão dentro das vias biliares, da sua distensão dolorosa contra um obstáculo orgânico ou funcional (espasmo) — dôr de tipo obstrutivo, localize-se a obstrução na vesícula, no colédoco ou ao redor do colédoco (Walters).

Militam a favor desse conceito, afora o facto já de há muito sabido das cólicas sem cálculos, estudos experimentais e clínicos recentes:

A) Estudos de Ivy:

a) a contração forte da vesícula é dolorosa se houver hiper-tonia do esfínter de Oddi (injeção de pilocarpina e ingestão de gorduras; injeção de colecistocinina provoca dôr se não houver passagem de bile para o duodeno; em doente com sonda no colédoco ou no cístico para medida da pressão, se houver hiper-tonia do esfínter de Oddi, o fazer-se subir a pressão dentro das vias biliares além de 16 a 30 cm. de água provoca cólica típica).

b) em um colecistecomizado com obstrução da ampola de Vater, a injeção intravenosa de Decholin é seguida de cólica.

B) Estudos de Butsch e Mc Gowann (avaliação quimo-gráfica da pressão dentro das vias biliares em doentes portadores de sonda intracoledociana):

a) a pressão dentro do colédoco pode subir de 0 a 25 ou 30 cm de água, após injeção de morfina;

b) esse aumento da pressão pode dar dôr intensa inteira-mente idêntica à cólica biliar típica;

c) a nitroglicerina (0,0006 grs. depositados na língua) ou o nitrito de amilo (inhalação) fazem cair essa pressão e simultaneamente desaparecer a dor, como igualmente apaziguam as cólicas que por vezes continuam a se manifestar em coleciste-tomizados;

d) a opacificação simultânea das vias biliares (contraste) permite ver aos R. X o fechamento do esfínter de Oddi após a injeção de morfina, oclusão coincidindo com a cólica, ambos (oclusão e cólica) só se dando após injeção de morfina e nunca nos testemunhos (sem morfina).

Será necessária uma sensibilização especial das terminações nervosas das paredes da árvore biliar para que esse aumento de tensão determine a cólica? Não parece, pois a dor pode também ser obtida pelo mesmo meio em indivíduos aparentemente normais e com colecistogramo normal.

IV — A FISIOPATOLOGIA DAS GRANDES INTERVENÇÕES BILIARES.

Conhecida assim grosso modo a dinâmica normal e patológica das vias biliares, poderemos agora gisar o esbôço das consequências das intervenções cirúrgicas mais freqüentemente praticadas sobre as vias biliares.

A) *Colecistectomia* — Operação radical, freqüentemente curativa, representa a retirada do reservatório contractil normal para a bile.

Demonstram as velhas experiências de Oddi (1888) observarem-se a seguir à colecistectomia: uma dilatação do hepatocoléodo e do côto cístico (possibilidade de formação de simularco de neovisícula e recidivas calculosas), modificações histológicas das grandes vias biliares e perda do ritmo normal da excreção biliar.

Quanto a esta excreção biliar, desregulado se apresenta então o fluxo da bile para o duodeno, perdido o seu ritmo postprandial normal de antes da colecistectomia, dê-se a incontinência permanente do esfínter de Oddi com a consequente passagem constante de bile para o duodeno à medida da secreção hepática, ou surjam espasmos do esfínter coledociano fazendo com que essa passagem se dê irregularmente e por ejaculações mais ou menos espaçadas (tipos da excreção biliar postcolecionectomia de Rost). Em um ou outro caso surgindo perturbações digestivas subjetivas com o cortejo sintomático com que Chiray compõe a sua "síndrome de insuficiência colecística" (flatulência, dores, diarréia postprandial, etc.).

Por outro lado, piora o quadro clínico pelo acrescentar de perturbações simultâneas das funções gástricas, duodenais e pancreáticas, a sinergia digestiva normal alterada bruscamente pela perda do mecanismo regulador da excreção biliar. Se porém a intervenção for praticada sobre vesícula já antes funcionalmente excluída pelo processo mórbido, já o organismo supriu antes a essa perturbação funcional, a ela se adaptou gradativamente e então muito menores serão os danos resultantes da colecistecto-

mia. No entanto, aí a explicação para a persistência habitual da dispepsia dos biliares mesmo após a colecistectomia, fazendo considerar essa dispepsia como o sintoma mais rebelde da afecção e o menos influenciado pela cirurgia (vide estatística de Kunath).

Acrescente-se, por outro lado, a exaltação de virulência dos germens do delgado, habitualmente verificada após a colecistectomia e explicável pela perturbação do fluxo biliar e falta de bile concentrada mais apta a assegurar o saneamento e a peristalse intestinal, afora possível reflexo de líquido duodenal através de um Oddi incompetente. Essa exaltação de germens poderá dar mesmo uma angiolite, particularmente uma angiolite tardia, isto é, tempos após a operação, possivelmente por via ascendente (a angiolite precoce, às vezes observada, seria antes uma angiolite descendente, isto é, motivada por infecção das vias biliares preexistente e em relação à colecistectomia), com todas as suas possíveis complicações (crises febris prolongadas, insuficiência hepática, etc.).

Finalmente, como seqüela menos freqüente da colecistectomia, a possível continuação das cólicas, trate-se de cálculos esquecidos no colédoco, de pancreatite simultânea, de estenose ou inflamações na região do esfincter de Oddi, infestações parasitárias, espasmos, discinesias puras, etc.

Para prevenir e corrigir até certo ponto essas perturbações dinâmicas, esse atentado contra a fisiologia normal, a drenagem sistemática das vias biliares nos colecistectomizados, seja pela entubação duodenal freqüente, seja principalmente por um regimen alimentar conveniente ou a crenoterapia.

B) *Colecistostomia* — Operação freqüentemente apenas paliativa, ou simples primeiro tempo de operação mais radical, mas muitas vezes de grande valor e alcance imediato, não apresenta os inconvenientes definitivos da colecistectomia, mas tem contra si sob o ponto de vista fisiológico o malefício decorrente de uma carência biliar que pode ser prolongada. Com efeito, não só a bile é indispensável para a digestão, como a sua falta determina no organismo, após certo tempo, uma série de perturbações graves para a assimilação e o metabolismo e repercute danosamente sobre o sistema ósseo, o sistema sanguíneo (sangue e órgãos hematopoiéticos) e as glândulas endócrinas. Sem falar no inconveniente de fistulas biliares cujo desaparecimento nem sempre se obtém com facilidade.

C) *Colecistotomia* — Fisiologicamente sem inconvenientes, desde que perfeita a técnica cirúrgica e indicada a sua realização quanto a eficácia a atingir para a cura do caso clínico.

D) *Anastomoses biliodigestivas* — Dando novo escoadouro ao fluxo biliar, são por vezes indispensáveis e salvadoras (ob-

strução do colédoco), mas está o seu ponto fraco sob o ponto de vista dinâmico na supressão do mecanismo esfínteriano impedidor do refluxo duodenal, este sempre deletério para as vias biliares, e da consequente infecção ascendente destas. Com freqüência, seja qual for a técnica adotada, mesmo com as que visam obter bocas continentes, surge a infecção angiocólica, após certo prazo de tolerância (até 6 e 7 meses), com seus acessos colangíticos isolados mas caminhando com freqüência para a insuficiência hepática progressiva. Afora as perturbações observadas na digestão gástrica e duodenal.

V — O CRITÉRIO MÉDICO PARA AS INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

a) *Base fundamental* — À vista desse apanhado de noções mais ou menos recentes quanto à fisiologia normal e patológica das vias biliares, parece-nos que o critério médico para indicações cirúrgicas no tratamento das colecistopatias, deverá reconhecer como base fundamental o justo e meio termo:

I — A necessidade de respeitar quanto possível em cada caso a fisiologia normal, pelo risco de atentar contra os seus dispositivos — não destruir, sem justa causa, o delicado mecanismo representado pelo reservatório contrátil e o sistema esfínteriano, seja evitar sempre que possível intervenções radicais por demais extensas.

II — A necessidade de diagnóstico complexivo integral em cada caso, para evitar intervenções ineficazes por incompletas.

Dai mesmo, o perigo das idéias preconcebidas e dos tratamentos omnibus para todas as colecistopatias:

a) a operação ideal é, não a priori a colecistectomia, ou a colecistostomia, a colecistotomia, ou a drenagem do colédoco, ou as anastomoses biliodigestivas, mas a que melhor se adaptar na prática ao caso clínico individualizado;

b) o tratamento cirúrgico não exclui, nem substitui, o tratamento médico, antes ambos se integram e completam — o tratamento médico é muitas vezes eficaz por si só, e quando o não seja e de necessidade se torne a cirurgia, deverá ainda o tratamento médico preceder, acompanhar e suceder à intervenção cirúrgica (tratamento geral, prevenção e correção da insuficiência hepática, circulatória, digestiva, ataque de focos infeciosos, etc.);

M. L. G. — branca, brasileira, 27 anos.

Há anos apresenta cólicas, hepáticas violentas, sem icterícia e com ligeiras perturbações dispepticas fora das cólicas. Nunca perturbações diarréicas. Traz colecistogramo dando contraste normal, ausência de imagens calculosas e ótima resposta a prova de Byden (Dr. C. Mazilli) e exame de fezes dando cistos de Lemblia (Dr. T. Rezende). E' pedida

entubação duodenal, que afirma resposta vesicular rápida e normal. Lambrias moveis nas tres biles, principalmente na bile C.

E' prescrito tratamento medico: com efeito o que poderia ai conseguir uma intervenção cirúrgica?

c) o tratamento cirúrgico terá muitas vezes que ir além das vias biliares, para operações secundárias mas de alta importância para obter a cura (dentes, amígdalas, apêndice, etc.), a indicação feita após estudo cuidadoso do caso individualizado.

B) *As indicações cirúrgicas* — A orientação cirúrgica em vias biliares tem-se modificado, como dissemos, de acordo com as doutrinas reinantes em patologia: quando o cálculo era tudo, a simples colecistotomia ou colecistostomia; demonstrado o papel da infecção e das alterações parietais, a colecistectomia sistemática; (Kehr), as anastomoses biliodigestivas (Mirizzi).

Ora, se em tudo isso há verdade, cumpre ser eclético.

Deixando de lado a questão da operação precoce e o da escolha de anestésicos, que são de alta importância mas que não podemos abordar, procuremos algumas indicações de acordo com as bases que estabelecemos (critério fisiológico conservador e diagnóstico complexivo integral de cada caso):

1 — COLECISTOTOMIA — Se uma vesícula se apresentar ao colecistograma e à entubação como tendo ainda intactas a sua capacidade de concentração e de contração, mas com um, dois, ou pequeno número de cálculos, e o operador a encontrar à laparotomia com caracteres normais (a não ser a calculeuse), porque praticar colecistectomia, se uma simples retirada dos cálculos com fechamento imediato e ulterior tratamento médico-dietético apropriado permitem obter o desaparecimento completo dos sintomas anteriores?

E' o que temos aconselhado em alguns de nossos casos, sendo de notar que, não só com desaparecimento ulterior de sintomas subjetivos, como com verificação radiológica posterior do funcionamento da vesícula (Cole e Graham) ou pela entubação, estas provas inteiramente satisfatórias pelos resultados normais, tempo de observação post-operatória em alguns já excedendo de dois anos.

2. — COLECISTOSTOMIA — Tem suas indicações todas particulares (estado geral mau, infecção, icterícia, etc.), particularmente como primeiro tempo de intervenção a ser completada ulteriormente, uma vez melhorado o quadro clínico ou mais bem precisado o diagnóstico, neste caso pelo grande socorro da angiografia.

M. B. — branca, brasileira, 28 anos. Cólica hepática, á qual se seguem acessos febris diários e icterícia pronunciada. Agavando-se o estado geral, inoperante o tratamento médico e as tentativas de drenagem

por entubações, é feita colecistectomia pelo Dr. Jaime Rodrigues. Esvaziada a vesícula do grande número de cálculos que literalmente a entupiam, estabelece-se vasamento franco da bile pela sonda e a melhoria do quadro se processa rapidamente. A doente sai do Hospital portadora ainda de uma fistula biliar, mas com passagem franca de bile para o duodeno. Meses após, sentindo-se perfeitamente bem, apesar de não fechada ainda a fistula, protela data para intervenção complementar.

Mas são particularmente as possibilidades de firmar de certeza diagnóstico com a injeção de substâncias para contraste radiológico nas vias biliares, que queremos encarecer, aproveitando o ensejo para exemplificar com alguns casos, mostrando angiocologramas em várias afecções.

3 — COLECISTECTOMIA — Se as estatísticas afirmam obter a colecistectomia maior percentagem de curas nas colecistites calculosas do que nas não calculosas, mostram também serem de modo geral tanto melhores os resultados quanto mais pronunciadas as alterações das paredes vesiculares, os melhores obtidos nas vesículas já inteiramente excluídas sob o ponto de vista funcional pelo processo patológico. Esse dado estatístico é do mais alto alcance para indicações de colecistectomia, e a sua explicação a veremos a seguir.

4 — AS INDICAÇÕES DO COLÉDOC — Como dissemos, a unidade patológica das vias biliares extrahepáticas é tão íntima quanto a sua unidade fisiológica: toda a afecção da vesícula é precedida, acompanhada, ou mais freqüentemente seguida de alterações do hepatócoléodo.

Além do que já vimos anteriormente, lembremos ainda os argumentos de Mirizzi:

- a) o aparecimento de cólicas biliares em portadores de vesículas completamente excluídas;
- b) a experimentação em animais mostrando modificações anatomo-funcionais do hepato-coléodo, inclusive do esfincter de Oddi, após exclusão da vesícula;
- c) finalmente, os resultados da exploração radiológica das vias biliares, feita na própria mesa operatória, pela injeção de substância de contraste no cístico ou no coléodo demonstrando a freqüência de processos de coledocite, oddite, pancreatite, etc.

Ora, ante êsse complexo de lesões e perturbações funcionais, cumpre poderar:

- a) se uma vesícula tem ainda conservada a sua capacidade de concentração (lesões parietais de pouca monta), ela continua a exercer o seu papel de vesícula reguladora da pressão dentro das vias biliares e, no caso de uma perturbação dinâmica do fluxo biliar (espasmo do esfincter de Oddi, compressão do coléodo), a sua retirada pelo cirurgião virá ainda mais agravar o quadro.

sintomático se simultaneamente não for removida a perturbação existente no colédoco;

b) se por outro lado a vesícula já tiver perdido a capacidade para desempenhar o papel de válvula reguladora da pressão, a sua retirada cirúrgica se impõe, mas por si só será inoperante para o desaparecimento dos sintomas se não removida a perturbação do colédoco.

F. N. — síria, branca. Cólicas biliares que a levam a colecistostomia com retirada de cálculos, persistência de cólicas que reduzem a uma colecistectomia. Após, esta continuam ainda as cólicas que levam a uma terceira intervenção: liberação do coledoco de aderências, correção de estenose do hepatocoléodo por tubo perdido, drenagem (Prof. B. Monte negro). Cura.

Assim sendo, há toda a necessidade de se explorar a totalidade das vias biliares para a decisão operatória, no intuito de evitar as desagradáveis seqüelas ulteriores. Mas, se essa exploração preoperatória (observação clínica, colecistogramos, entubações) não dá elementos de certeza, tampouco os dá a própria exploração visual ou palpatória durante o ato cirúrgico (cálculos do colédoco, oddites, pancreatites, espasmos): dai a enorme vantagem da colangiografia realizada durante a própria intervenção, segundo as idéias de Mirizzi — é esse certamente o meio do futuro, a guiar o cirurgião na escolha da intervenção a fazer.

Se existir uma obstrução do colédoco, seja esta orgânica ou puramente funcional, cumpre removê-la, seja por meios médicos (antiespasmódicos, entubações), seja por meios cirúrgicos.

Os meios cirúrgicos consistirão na dilatação do canal (sondas de Bakès flexíveis com extremidade olivar de 3 a 14 mm. diâmetro; método de Jacobovici, introdução de sonda de Péan pelo cístico ou colédoco; método do tubo perdido de Duval, etc.) ou as derivações externas (colecistostomia, colelocotomia) ou internas (anastomoses biliares).

Para as derivações, propõe Mirizzi agir segundo os resultados fornecidos pela colangiografia operatória:

a) normal o hepatocoléodo — fazer apenas colecistectomia e fechar sem drenar;

b) se houver estase biliar, mesmo por obstrução não calculosa, seja funcional (discinesia), seja anatômica (oddite, pancreatite), derivar:

1 — se o hepatocoléodo tiver paredes elásticas, diâmetro pouco aumentado e for tônico — fazer cisticoduodenostomia;

2 — se o hepatocoléodo tiver as paredes rígidas ou dilatadas — praticar coledocoduodenostomia externa.

Recolhendo o grande valor da colangiografia e de suas indicações, assinalemos porém mais uma vez o perigo dos esquemas prefixados e a necessidade de subordinar sempre a indicação ao estudo detalhado de cada caso lirico.

Endereço: Rua Benjamim Constant, 61

R E S U M O

Em uma primeira parte, estuda o A. rapidamente os resultados atuais da Cirurgia das vias biliares, assinalando a mortalidade operatória e principalmente as seqüelas post-operatorias. Assinala a freqüência destas últimas e passa em revista as suas possíveis causas: aderências, grandes êrrros de diagnóstico no quadrante abdominal superior direito, faltas no ato cirúrgico, diagnósticos faltosos (errôneos ou incompletos) da afecção biliar e os atentados contra a fisiologia normal das vias biliares. Insiste como fundamental neste último ponto que, conjugado á complexidade da patologia hepatobiliar, passará em seguida a desenvolver como causa mais freqüente de seqüelas em colecistectomizados.

Passa então ao estudo da dinâmica normal do escoamento biliar, expondo a concepção de vesícula como reservatório contractil e descrevendo a seguir o mecanismo esfinteriano complementar, citando a propósito estudos recentes quanto á avaliação manometrífica da resistência dêsse e ação de medicamentos sobre a mesma. Termina por esboçar as correlações funcionais entre vesícula e esfínter de Oddi.

A seguir entra no estudo da dinâmica patológica do escoamento biliar, falando sobre o conceito, a classificação e os sintomas clínicos das discri-nésias, expondo assim o conceito hodierno de gênese da cólica biliar.

Dêsse modo gisada a fisiologia normal e patológica das vias biliares, aborda a fisiopatologia das grandes intervenções biliares, esboçando os danos funcionais acarretados pela colecistectomia, a colecistostomia, a colecistomia e as anastomoses bilio-digestivas.

Termina finalmente indicando qual lhe parece deva ser o critério médico para as intervenções cirúrgicas, subordinando-o essencialmente á necessidade de respeitar quanto possível a fisiologia normal, mas evitando operações incompletas, isto é, a necessidade básica de diagnóstico complexivo integral em cada clínico. Como consequência, a condenação de idéias preconcebidas, ou da afirmativa de uma intervenção sistemática única ideal, afirmando, com exemplificação própria, a vantagem, conforme os casos, da simples colecistostomia, da colecistectomia, da colecistectomia ou das intervenções sobre o colédoco e derivações internas ou externas. Para tal, mostra, além da necessidade indispensável do estudo clínico detalhado de cada caso, as vantagens do estudo radiológico da totalidade das vias biliares.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BERGMANN (G. von) — *Funktionelle Pathologie* — Berlin, Springer 1936.
- 2 — BONNET (G.) — *Les suites médicales de la cholécystectomie* — Tese Paris 1938 — Ref. in Pr. Méd. 86 (26-10-1938) — 1581.
- 3 — CARBONELL (C.) — *Enfermedades de las vias biliares* — Madrid, Morata 1930.
- 4 — CHABROL (E.) — *Les Ictères* — Paris, Masson 1932.

- 5 — CHIRAY (M.) et PAVEL (I.) — *La vésicule biliaire et ses voies d'écration* — Paris, Masson 1936.
- 6 — CORTEZ (Mendonça) — *Ictericias* — S. Paulo, Cia. Ed. Nac., 1936.
- 7 — " (") — *Diretrizes no tratamento médico das colestites crônicas* — S. Paulo Med. — X-II-1 (Julho 1937) — 31.
- 8 — CORTEZ (Mendonça) — *A terapêutica na síndrome do colédoco* — Rev. Cl. S. P. — I — (Junho 1937) — 231.
- 9 — DESPLAS (B.), MOULONGUET (P.) et MALGRAS (P.) — *L'Exploration radiologique post-opératoire de la voie biliaire principale* — Paris, Masson 1938.
- 10 — DOUBILET (H.) — and Colp (R.) — *Resistance of the sphincter of Oddi in the human* — Surg., Gyn. & Obst. — 64 — 3 (Março 1937) — 622.
- 11 — FORTACIN (J. B.) — *Riscos post-operatórios em cirurgia hepática* — El Siglo Med. Nov.º 1935 — Ref. in Rev. Br. Cirur. — IV — 3 (março 1937) — 146.
- 12 — FUENTES (B. Varela) — *Exploración funcional combinada de la Vesícula biliar* — Montevideo, Monteverde 1932.
- 13 — GRASSI (A.) — *Risultati immediati e lontani delle colecistectomie e di altri interventi sulle vie biliari* — La Rif. Med. — LIII — 35 (28-8-1937) — 1236.
- 14 — IVY (A. C.) — *La fisiología aplicada del esfínter de Oddi* — Semana Med. — XLIV — 2246 (28-1-1937) — 257.
- 15 — JACOBOWICI (I.), et PAVEL (J.) — *Sur la prophylaxie chirurgicale et le traitement médical de certaines sequelles de la cholecystectomie dues à l'angiocholite et au spasme du sphincter d'Oddi* — Arch. Mal. Ap. Dig. et Mal Nutr. — XXVII — 7 (Julho 1937) — 712.
- 16 — JURASZ (J.) — *Quelques considérations sur le traitement chirurgical des voies biliaires* — Arq. Cir. Cl. e Exp. — I — 1 (Fev.º 1937) - 13.
- 17 — KUNATH (C. A.) — *The stoneless gallbladder* — J. A. M. A. — CIX — 3 (17-7-1937). — 183.
- 18 — MIRIZZI (P. L.) — *Orientations nouvelles en chirurgie des voies biliaires* — Pr. Med. XLV — 28 (7-4-1937) — 533.
- 19 — MIRIZZI (P. L.) — *Diagnostic des obstructions incomplètes non calculeuses de cholédoque* — Pr. Med. — XLIV — 8 (25-1-1936) — 150.
- 20 — NAZARETH (Orlando S.) — *Anastomoses bilio-digestivas* — Tese S. Paulo 1933.
- 21 — REHFUSS and Nelson — *The medical treatment of gallbladder disease*. — Filadelfia, Saunders, 1936.
- 22 — ROSENTHAL (F.) — *Enfermedades del Hígado y de las Vías biliares* — Barcelona, Labor, 1936.
- 23 — WALTERS (W.) — *The Pain Mechanism in biliary Disease* — Surg. Gyn. & Obst. — LXIII — 2 (Agosto 1936) — 251.
- 24 — WEISS (S.) — *Diseases of the liver, gallbladder, ducts and pancreas* — New York-Hoeber, 1935.
- 25 — WRIGHT (S.) — *Fisiología aplicada* — Rio, Cama, 1939.

Todas as modalidades da **SIFILIS** são influenciadas de modo notável pelo

NATROL

(*Tártaro-bismutato de sódio hidro solúvel*)

Empólas de 2cc.=0,038 Bi

Rápida negativação da R. Wassermann, na lues primária e secundária.

Tolerância perfeita, até por via intravenosa.

Encontrável no "liquor" às primeiras injeções.

POMADA DE NATROL — Cicatrizante enérgico.

CARLOS DA SILVA ARAUJO S. A.

Caixa Postal, 163

Rio de Janeiro

Laboratório Clínico Silva Araujo — L. C. S. A.

Depósito em S. Paulo: Rua 11 de Agosto, 35

VITAMINA LORENZINI



Contém as vitaminas de todos os grupos: A, B, C, D, em forte concentração, estabilizadas e tituladas biologicamente em sua atividade.

DOSE — Por via oral (vitaminas A, B, C, D). 1 colherinha (das de chá) para crianças, 2 para adultos, duas vezes ao dia, antes das refeições.

Por via hipodérmica (vitaminas B e C): Adultos 1 ampola, crianças, meia ou uma ampola diária.

I B I

INSTITUTO LORENZINI S. A.
CAIXA POSTAL 220 — S. PAULO

A formação do medico (*)

Prof. Mario de Abreu

Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná.

Não vos diremos novidades, nem vos falaremos sobre originalidades, nesta preleção inicial, não só por se fazer difícil algo de novo, mas também e, principalmente, porque somos dos que acham, firme e convictamente, precisarmos nós muito mais, de esmiuçarmos conhecimentos velhos e detalharmos estudos já catenados. Na presunção de que, as publicações existentes já exgotaram os assuntos didáticos ou de outras naturezas, os estudos críticos de conjunto ou parcelados são em grande número, as revistas multiplicadas e multiformes preenchem satisfatoriamente seus fins, as impressões de todo gênero se apresentam esplendidas e magníficas, como nós não podemos fazer, e essencialmente, devido ao pensamento amesquinhador de outros, e de uns preocupados com o original, continuamos até então, emprestados em matéria de cultura, o que pouco significa, e sem organização produtiva futura, o que é mais humilhante e decepcionante.

A nós cabe no momento presente, fazer desaparecer estes preconceitos, julgarmos realmente, o quanto podemos e devemos, e não nos pejarmos de fazer o nosso didatismo, de repetir e divulgar o alheio e o próprio, de criar a nossa produtividade intelectual científica e possibilitar a formação técnica em nossa própria língua.

Não importa que não sejamos o primeiro a emitir o conceito, idéia e pensamento, que a feitura do trabalho, tenha alhures sido praticada e confeccionada em moldes semelhantes. Demos o nosso cunho pessoal, cogitemos dos nossos aspectos e das nossas coisas, aprendamos com os nossos mestres, criadores ou divulgadores, porém, imprimindo o espírito nosso e inspirando confiança em nós outros.

A nossa organização livresca recentíssima e em esboço, até bem pouco tempo virtualmente inexistente, fez-nos viver culturalmente do alheio e com o alheio exclusivamente, filiando-nos geralmente a esta ou àquela escola estranha, por simpatia, sem argumentos determinadores ou bases fundamentadas. A influência

(*) Aula inaugural dos cursos médicos, no inicio do anno lectivo de 1939.

direta e predominante da cultura francesa, com sua feição propria, sobre as gerações preteritas, como guia direta da idéia e pensamento e propugnadora da ação, e organização de nossas instituições afins, si não nos isolou, porque indiscutivelmente ela guarda tambem, uma feição de universalidade, deixou-nos nesta dependência absoluta e pelo nosso descaso, permitiu-nos melhor conhecimento das suas coisas do que das nossas. A quem viaja ressaltará por certo este fato, de como estamos nós imbuídos da historia da França e da historia dos seus homens, como nos parecem familiares os seus detalhes historicos, e no nosso proprio campo de estudos medicos, como seus autores parecem nossos, pelo museu diario de seus livros, e mais frisante ainda, como a organização interna dos nossos hospitais, com seus muitos defeitos e algumas qualidades, se identifica com os de lá, numa transmutação sem critica e sem aperfeiçoamento.

O influxo de outros homens e de outras culturas geralmente, não nos vem de modo direto, e acaba por nos dar a impressão que de lá se irradia tudo o mais. Formação de enormes inconvenientes, tem mais este de unilateral. Mostrar este aspecto cultural nosso e frizar na importância de suas consequências, não é novo e a muitos outros tem chocado, mas não se diz, não se escreve e a rotina continua e a subordinação persiste. No estado atual da divulgação científica entre nós, na formação existente das nossas bases culturais, precisamos e devemos ser mais ecleticos na escolha das nossas fontes originais, para colher melhores frutos, ampliar as nossas divagações, realizar, talvez, com mais eficiência prática, amalgamar as correntes filosófico-científicas originariamente, para poder, a nós mesmos, dar organização consentânea, e crear o nosso proprio meio, e realisar com nosso proprio espirito. E' nessa corrente de opinião que nos colocamos, e por isso não nos negamos a vos falar sobre cousa muito falada e escrita, a repetir a lição de outros, mas, que a nós parece de tanta monta, que não poucas vezes nos tem surpreendido como tão pouco é meditado e pensado, e tão pouca impressão causa no íntimo de cada um, quando lembrado. Que a meditação vos chegue e vos pareça razoável e justa, será valia demais, para quem por justiça, pouco requer.

Questões existem que devem impressionar a tempo e em momento oportunos, para que resulte interesse e bom proveito. Aos moços não por serem, ânimo, entusiasmo e vontade, é favorável a impregnação de justas idéias, mas, por ser a época da vida da curiosidade amalgamadora, da formação da personalidade, da constituição voluntaria consciente, e sublimação involuntaria subconsciente. Época na qual a exterioridade influi poderosamente na interioridade, o exemplo faz lei e dita o credo, a formação se amolda ao contacto direto, a influência das idéias e seus autores é predominante, a concretização de um tal ideal é uma abstração.

São os anos verdadeiros da educação, de consolidação espiritual e moral, de direção apropriada para a vida.

Todos vós quereis ser medicos, e por isso ouvireis hoje, alguns conceitos gerais sobre a formação do medico, o que por certo não tendes ouvido muitas vezes em vosso curso. Si com mais detalhes nos referirmos, por efeito de ofício, ao cirurgião, vereis e concluirreis, de logo, que eles, em muito pouco se distinguem e em quasi tudo se confundem, porque, si os meios parecem diferentes, muito se entrelaçam, e têm sempre o mesmo fim.

A formação cirúrgica e médica, como explana brilhantemente Tixier, comporta uma formação científica, uma formação técnica e uma formação moral. Divisão aparente, bem mais que real, constitue de fato uma só formação, tão indispensavel se faz a consecução ideal e aperfeiçoada de cada uma, tão necessário seu contínuo aperfeiçoamento, tão essencial a consolidação de suas bases elementares. Entre nós, o criterio e diretriz obedecidos, em muito se assemelham em seus traços essenciais, e talvez, no espírito de sua execução, ao que se faz na França, e em alguns aspectos secundarios, de sub-divisões e especializações, e no livre norteamento do ensino, ao que se pratica nos Estados Unidos.

A formação científica ou clínica deveria ser feita no leito do doente, na frequencia hospitalar, na obrigação do estagio nos serviços clinicos, no contacto directo do doente sob a tutela do professor. O deficiente número de leitos hospitalares existentes de modo geral por todo o Brasil, e a nossa nula organização hospitalar, cujo criterio administrativo não obedece a qualquer diretriz de eficiência científica, e que, no geral supre, apenas, as necessidades primaciais e elementares do cuidado e resguardo do doente, dificultam enormemente este aprendizado essencial e primordial. A realização de um lado, livre do ensino superior, e do outro, a despreocupação do problema hospitalar, que quando executado, sempre no minimo, é-o, ou de iniciativa particular, ou de origem governamental, ambos afastados da formação medica, e não poucas vezes creando-lhe dificuldades, impossibilitam qualquer exigencia séria, nesta parte da nossa formação. Nas circunstâncias atuais de nossa organização, não podemos falar do estagio de prática hospitalar após a terminação do curso, como se faz na Alemanha e varios outros paizes, que obedecem à mesma formação, por ser impossível a sua execução. Obedientes nisto mais uma vez à orientação francesa, o nosso treinamento paulatino no decorrer do anos do curso, sem obrigatoriedade, si tem a vantagem de dar desde cedo, a impressão concreta do doente e da doença, não permite uma aplicação consentânea e comprehensiva de conhecimentos basicos, ainda por haurir. A perfeita concordância na resolução dêste problema fundamental forneceria, sem as imensas dificuldades, que nós outros sentimos, a verdadeira escola no hospital, onde o convívio diario dos mais velhos e dos novos,

a aplicação prática dos conhecimentos científicos adquiridos, o lado supremamente humano das ações, dos gestos e dos sentimentos do médico e do doente, seriam o incentivo e a alegria no aperfeiçoamento. Outro passo que ainda não demos, e que seria resolvido ao mesmo tempo, é a carreira hospitalar, de modo a serem os postos atingidos gradativamente, por provas de competência e no tempo necessário de adquirir experiência e consolidar cultura pessoais. A mór parte dos paizes, segue esta orientação com maior ou menor perfeição na escolha profissional, mas em todos havendo o pensamento precípuo, da seleção dos valores, para a possível formação de escolas científicas e de personalidades representativas do nível científico-cultural, em torno das quais, e por elas dirigidas e diretamente norteadas, formar-se-ão os principiantes, influenciados pelo mesmo espirito. Ou fosse como nos paizes de influência germânica, onde o trabalho do hospital absorve todo o tempo, e de acordo com as especializações, após o curso de onze semestres, exige-se permanênciia mais ou menos prolongada, de dois a quatro anos, ou fosse como nos de influência francesa, onde existe, ao lado da prática hospitalar livre, a de carreira, comum com a acenção gradual do curriculum professoral, nós teríamos a sensação de caminhar por uma rota e de querermos atingir um fim. Porém, no Brasil ainda não se cogitou dessa organização; não se julgou necessário sua ordenação, de modo que tudo é livre e arbitrario, os serviços hospitalares não têm minimo de exigência, a escolha dos chefes de serviços e de especialidades não obedece a critério algum, o ensino superior livre não tem apóio nem compreensão, governamental nem popular, em flagrante prejuizo da formação e atividade futuras profissionais, e tambem, em sua repercussão natural na coletividade social.

A formação técnica baseada no estudo das matérias fundamentais, terá que ser geral, para a perfeita compreensão dos seus fins, e se confunde em seus objetivos com a formação clínico-científica. A amplidão do todo exige a divisão em ramos, cada qual com seu objeto, mas, todos com sua importância precípua, de modo a não permitir o seu desconhecimento pelo menos geral, e a forçar o estudo minucioso, de acordo com a especialidade futura. O curso como é feito atualmente, não resalta importâncias de materiais, e procura dar a visão conjunta geral, tendo havido mesmo uns laivos de sub-dividi-lo em parte fundamental e parte clínica. Tem esta fórmula suas vantagens, mas oferece pelo vício primordial de sua organização, o inconveniente grave de abandonar o técnico futuro aos seus proprios elementos, sem lhe indicar as bases necessarias, nem lhe permitir continuação de estudos indispensaveis. Permiti-me que vos refira em particular, para não nos afastarmos do terreno proprio, a formação técnica do cirurgião. Sem escolas diretrizes hospitalares, sem obrigações de qualquer natureza de parte a parte, sem a minima exigência de

estudos pre-formadores, inicia-se a prática clínica sob seu self-control, pautando-a pelo seu proprio senso. Todos nós que assim nos formamos, sentimos esta falha, e notamos este alicerce balouçante. Passados os anos, a experiências nos mostrou as nossas proprias dificuldades e deficiências, e nos outros, a repetição, quiçá mais clamorosa, dos mesmos defeitos. Ainda, o embrincamento dos dados do problema requer para a sua resolução a visão do conjunto. E' inegavel a importância maxima do estudo da Anatomia, pois é para nós, como a geografia para o navegante, os astros para o astronomo, os numeros para o meatematico. Seu estudo é elementar e ao mesmo tempo essencial. A compreensão d'este fato é tão singela, tão simples e tão clara, que a nossa insistencia e repetição, se parece com uma daquelas verdades "acadianas", que têm tanto de verdade como de simploria a sua repetição. E, no entanto, reduzido foi o seu tempo de estudo, perdeu o seu desdobramento natural em Anatomia Topografica e não se cogitou de possibilitar melhor aperfeiçoamento. Permanece no curso de Medicina Operatoria, com a intenção evidente de servir de treinamento manual, de habituar ao uso do instrumental cirúrgico e de realizar as operações, obedientes aos tempos tecnicos, e a visão das regiões anatomo-cirurgicas. Constroe-se a abóbada e retira-se os alicérces, dá-se a visão panorâmica e não se mostra os detalhes. Seriam estas as disciplinas mais diretamente ligadas à execução do ato operatorio e à formação técnica do aspirante a cirurgião, em sequência da orientação francesa. O elogio desta formação e de seus resultados práticos é quasi unânime em França, onde é continuado nos moldes da Escola de prosectorios e de auxiliares de anatomia criada por Sappey em 1879 e em vigor até hoje na mór parte das suas Faculdades (Tixier). Em discurso inaugural ao Congresso Francez de Cirurgia, 1929, Tixier afirmou: "Estes exercícios de Medicina Operatoria são considerados na França como o complemento natural e indispensável dos trabalhos praticos de anatomia" e desempenham na formação técnica dos cirurgiões franceses papel considerável.

Os anos de aprendizagem, diz Forgue, têm para princípio e para base a instrução anatômica. Acompanha estes estudos básicos a frequência hospitalar e concomitantemente se faz o aperfeiçoamento manual do técnico. E' por alguns contrariado este modo de proceder, julgando exagerada esta frequência prolongada nos anfiteatros de anatomia, em prejuizo até da permanência clínica e da, tambem, indispensável prática das materias de laboratorio, principalmente fisiologia e anatomia patologica, que colocam o cirurgião em contacto mais direto com os problemas vitais. E' a concepção mais ampla do cirurgião, que não é o técnico manual, apenas, mas o clinico que deve estar instruido dos assuntos concernentes à ciencias biológicas, em colaboração íntima com o laboratorio. E' a extensão do dominio cirúrgico, exigindo

outras bases de estudo, e da parte do técnico, mais vastos conhecimentos e talvez, outra concepção do ato cirúrgico e da resolução terapêutica. Nesta ordem de idéias, Cunéo (1934) pôde escrever: "Um dos pontos essenciais consiste em alargar os conhecimentos biológicos do futuro cirurgião. O ensino da fisiologia deve tornar uma das bases de sua educação; não falo somente da fisiologia dos órgãos, mas ainda a fisiologia geral, isto é, a fisiologia dos tecidos, da célula, numa palavra, a histo-fisiologia". E' o campo aberto a novas investigações, é o rumo novo da cirurgia atual, que impõe, por certo, uma formação mais complexa e difícil. A parte da técnica operatória pura, quasi esgotada em suas máximas possibilidades e devido à sua própria perfeição, permitiu o avanço dos problemas para outras diretrizes que exigem outras qualidades e preparo cirúrgicos.

A afinidade cada vez maior dos problemas clínicos com as ciências biológicas e a necessidade de novos métodos de estudo impõem uma convivência mais direta com as ciências de observação e experimentais, e talvez dêm razão, ao que se nota em países de influência germânica, onde a formação técnica se desenvolve exclusivamente no trato diário do hospital e no convívio do mestre, auxiliando-o diretamente.

Porém, sobreleva a tudo mais, a formação moral. Nenhuma profissão tem campo tão vasto de observação humana, ninguém tem contacto tão direto e se sente mais próximo dos sentimentos humanos, do trágico humano, a ninguém mais que o médico é necessário uma rígida educação moral. A concepção inteira de nossas capacidade e dignidade profissionais, e o sentimento da responsabilidade de nossos atos, quer sob o ponto de vista técnico, quer sob o ponto de vista científico, assumem para nós uma importância excepcional e primordial. Alguém já o disse, a primeira qualidade não é nem inteligência nem o sangue-frio, nem a habilidade, mas sim a moralidade e sem ela, todas as outras se apagam (Michel). Pode-se afirmar, vale muito mais a educação do homem, a afirmação da personalidade que o fará util honestamente e o tornará incapaz de atos prejudiciais. Ao estudante encaminha, naturalmente, ao médico dá o senso da medida e a consciência profissional, do professor exige a honestidade nos conselhos e a verdade nas publicações. Esta educação é a noção da consciência e da responsabilidade em sua plena compreensão, e o acordo íntimo entre o pensamento, juízo e raciocínio, sentimento e amor, e a ação, um aclarando a outra, e esta realizando aquele. Após os debates íntimos do diagnóstico, segue-se a decisão, diretamente influída pela formação do profissional, e nos apresentará, nas intervenções cirúrgicas diariamente realizadas, um destes exemplos, que analisados em sua essência, é uma demonstração viva e completa da mão que age e do pensamento que guia. O primeiro grão deste trabalho é fruto da inteligência, dos estu-

dos das leis da natureza, nesta concepção de Bacon: "Não se recomenda a natureza senão lhe obedecendo"; e o segundo grão, é a vontade de conformar seu ato a esta verdade, a decisão em sequência da reflexão, em acôrdo unisono com a imagem do objeto, a vida humana. A grandiosidade da obra, o quadro em que se desenvolve, de apariencia mecanizada, mas realmente altamente humana, contrasta em sua simplicidade com o profundo significado. Tenhamos nós estes pensamentos quando enfrentamos a decisão necessaria, e sentiremos a vida mais justa e intensamente, e dela teremos a imagem, que só a nós, se nos depara com tal realidade, porque ela nos aparece atravez da dor e no silencio da morte. São estes dois reflexos da vida, o sofrimento e o repouso, que lhe dão mais vibrante e intensa aparência e ao mesmo tempo são capazes de despertar as maiores e melhores qualidades humanas, e constituem o nosso viatico diario, com quem lutamos para afastar ou amenizar.

Quem tem sempre presente diante de si a dor e a morte, e sobre elas medita e com elas luta, terá por certo maior respeito à vida e terá muitas vezes pensado qual é o fim da vida. Escreveu Miguel Angelo: "eu não tenho um pensamento em que não esteja gravada a morte". Meditar sobre seu sentido é tragico e glacial, mas ela é, como diz Majocchi, para nós medicos, um inimigo pessoal. Em "Le Sens de La Mort", Paul Bourget nos coloca, em traços cintilantes e vividos, diante de duas visões da morte, que têm o rigor da verdade observavel. E' Ortègue de um lado, homem superior, professor genial, cirurgião creador, cientista, e em filosofia materialista, na vida cumulado de todos os favores do destino, que encara a morte como um fenomeno catastrofico e absurdo e como a anulação completa de seu psiquismo intelectual e sentimental, e que revolta as profundas energias de sua vida afetiva. Doutro lado, Le Gallic, o homem de ação, mas de ação modesta, ser religioso e crente, que não construiu doutrina, mas recebeu-a, cujo psiquismo intelectual e sentimental se adaptam perfeitamente a sua personalidade e o fazem aceitar a morte como uma consumação e um complemento, uma resignação que é entusiasmo, alegria e amor. "A linguagem tem riquezas escondidas e como esta palavra sentido é profunda com seu duplo valor de significação e de direção" (Bourget). "A vida é a morte", escreveu Bichat, e Maeterlinck expressou: "Sem a morte, que seria a vida? E' ela que lhe dá seu peso, sua importância, sua dignidade, sua significação e suas perspectivas infinitas". E a dor? Escrevem Sauerbruch e Wencke em "Wesen und Bedeutung des Schmerzes" — "Ela faz parte de nosso fato como a morte. E' uma parte de nossa união na vida. Saúde e doença, alegria e dor, vida e morte, são os eternos contrários. Mas somente nesta bipolaridade se preenche todo o sentido terreno da vida". Si variável é a sua interpretação fisiologica, psicologica, biologica, racional, ética e re-

ligiosa, a sua existência é real, nós a encontramos todos os dias como sintoma e como doença, a desafiar o conhecimento de seus mecanismos íntimos. Em inúmeras definições da dor física, as expressões de que é uma reação de defesa, um feliz sinal que nos previne da doença, são, por Leriche em sua esplendida publicação, "A Cirurgia da Dor", contraditadas, pois ele nos assinala e é de observação corrente, as graves doenças que evolvem silenciosamente, e, como ele o diz, "são dramas em dois atos". No primeiro, sorrateiro, a destruição se faz no morno silêncio dos tecidos, e quando a dor surge, quasi sempre no segundo ato, é muito tarde e só vem agravar e tornar mais triste e menos suportável o desenlace. Não é só este tipo de dor que o médico vê e sente como si coisa palpável fosse, mas também a dor moral, que avassala e enobrece, vulgariza e tranquiliza, humilha e envadece. Atinge Nietzsche em sua filosofia a uma verdadeira concupiscência da dor, e a julga a parte inexplicável e insolúvel da vida, lúcida e vigilante por isso que faz meditar e combater. "O valor da vida está em sua complexidade, seu absurdo e sua incerteza, isto é, no que nos faz sofrer, a dor", escreve ele, e na elevação e no amor da dor, cria o seu herói trágico, o homem acima da fraqueza e do medo, o super-homem, que suporta a dor e deseja a dor.

A seriedade do objeto destes pensamentos, si vos lembramos, é porque constituem uma grande parte da nossa vida, e são as grandes razões da nossa existência, e as imensas afirmações do nosso nada. Ainda é Leriche que, no início duma das conferências, escreve: "Eu refletia estes últimos dias, que não há, ao meu conhecimento, um só livro de cirurgia no mundo que nos diga o que é a morte, como e porque se morre, enquanto que sobre este assunto certamente, como sobre a dor, as ocasiões de estudo cirúrgico não faltam e é certamente possível, eu tenho a certeza, estudando a morte, conseguir fazê-la recuar em numerosos casos".

Tivemos a intenção de vos apresentar alguns pontos a refletir sobre a formação do médico, sem nos extendermos demasiado, e de vos aguçar a curiosidade e de vos sentir quão complexa ela é, mas ao mesmo tempo como é possível vencer, desde que se tenha vontade.

Visam os Americanos do Norte, no ensino, uma fórmula simples e singela, porém de muita profundezas no sentido e de necessidade absoluta de compreensão, a educação dos três H- "hand, head and heart", "mão, cabeça e coração". Ela quer bem dizer que juntos e associados, devem estar sempre no ensino a arte manual, por si só representada por uma perfeição humana, a mão, porém, nunca agindo sem o pensamento e a razão, diretores do gesto, como a indicar o característico humano e sobreporando e em combinação íntima, as qualidades da alma e do coração. E' em síntese, a questão do nosso problema, e sua resolução está, em ultima análise, na educação.

MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 15 DE ABRIL

Presidente : PROF. JAIRO RAMOS

DIVERTICULOS DO DUODENO — DRs. C. MACEDO E B. TRANCHESI — Após uma exposição da etiologia, symptomatologia, diagnostico e tratamento, relatam os AA. tres casos, sendo 2 de diverticulos multiplos na concavidade do duodeno, em pacientes edosos e um de diverticulo da convexidade na terceira porção, num paciente de 13 annos de edade.

DIETETICA APOS AS INTERVENÇÕES GASTRICAS POR ULCERA — DR. MARIO EGYDIO DE SOUZA ARANHA — O A. estuda a physiopathologia do estomago operado, seja pela gastrectomia parcial com duodenostomia ou jejunostomia, seja pela gastro-entero-anastomose, referindo-se ás complicações proximas ou remotas que ás vezes se apresentam depois dessas intervenções. Assignala os cuidados que o operado deve ter quanto á mastigação, á porção de alimento, ao

numero das refeições, etc.: indica os alimentos prohibidos e estabelece o regime para os dias que se seguem immediatamente ao acto cirúrgico para depois aconselhar o regime definitivo. Aborda finalmente os casos de complicação, trazendo para cada uma delas a indicação dietética conveniente.

RELAÇÃO ENTRE ULCERA GASTRICA E ULCERA DUODENAL — DR. CASSIO VILLAÇA — O A. apresenta uma estatística de seu consultorio particular, estudando a incidencia da ulcera do estomago, duodeno e jejuno sobre 8.704 doentes examinados por queixa gastrica. Tendo verificado enorme frequencia de ulceras gastricas em relação ás ulceras duodenais (1 U. G. : 1,8 U. D.) em desacordo com as idéas correntes, fez a descrição da technique que usa para os seus exames, chamando a atenção sobre pontos que julga fundamentaes. Ao mesmo tempo estuda um complexo

Nas convalescenças :

SERUM NEURO-TRÓFICO

TÔNICO GERAL — REMINERALIZADOR
RECONSTITUINTE — ESTIMULANTE

Medicação seriada

INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL
RUA FERREIRA PONTES, 148 - RIO DE JANEIRO



de symptomas indirectos de real valia para o diagnostico das ulceras gastricas.

AS CURVAS DE NEUTRALIZAÇÃO NAS DOENÇAS GASTRICAS E DUODENAES — DR. JOSÉ RAMOS JUNIOR e academico José Fernandes Pontes. Os A. A. falaram acerca do valor clinico das curvas de neutralização nas doenças gastricas e duodenais. A communication foi discutida pelos professores B. Montenegro e Jairo Ramos.

ETIOLOGIA DO PENFIGO
— PROFESSOR PAULO DE TOLEDO ARTIGAS E DR. BENEDICTUS MARIO MOURÃO — Os AA. apresentaram uma nota prévia intitula-

da "Considerações em torno da etiologia do penfigo (Fogo selvagem). — 2.ª nota prévia, em que relatam os resultados das experiências feitas em macacos rheesus, camundongos albinos e ratos albinos, na tentativa de verificar a existência de um vírus agente causador do fogo selvagem.

ERYTHEMA POLAMORPHO
— PROF. PAULO ARTIGAS E DR. B. M. MOURÃO — "Considerações relativas á etiologia do erythema polymorpho e da dermatite de Duhring" foi o título da nota prévia apresentada pelos AA., que novamente referiram os resultados obtidos nas suas experiencias sobre o assumpto.

SESSÃO DE 5 DE MAIO

Presidente : PROF. JAIRO RAMOS

DYSKINESIA PYELO-URETERAL — PROF. RODOLPHO FREITAS — Apresentando um caso de dysfuncção pyelo-ureteral (achalasia) o A. assignala que a molestia se trata com sucesso pela operação plastica de Allemann, de Zurich, que consiste na secção da camada circular da musculatura do segmento pyelo ureteral o A. fez o estudo do dynamismo pyelo-ureteral sob seu aspecto physiologico, passando em revista os factores que condicionaram o peristaltismo do bacinet e do ureter, as causas que o produzem, os methodos de estudo do dynamismo, estudando em seguida o dynamismo perturbado, a physiopathologia das vias excretoras altas, as causas locaes, intrinsecas e extrinsecas que perturbam o equilibrio dynamico pyelo ureteral.

O A. expoz ainda os principaes desvios funcionaes que se passam no bacinet e no ureter, sua manifestação clinica, sua symptomatologia, os methodos de exame para chegar ao diagnostico positivo, o diagnostico diferencial, a therapeutica dos diversos typos de desvios do dynamismo, apre-

sentando por fim o caso clinico de dyskinesia pyelo-ureteral, documentado com a observação do paciente e documentação urologica, urographica, therapeutica (operatoria) e com o resultado post-operatorio immediato e afastado.

ADENOMA DO RIM : NEFRECTOMIA — DR. OCTACILIO GUALBERTO — Em um trabalho da Clinica Urologica do Hospital Municipal o A. divide o estudo dos adenomas do rim em 2 grupos, fazendo um apanhado sobre o primeiro, dos pequenos adenomas, achados de autopsia, sem symptomatologia propria e sem interesse clinico maior.

Encara em um segundo grupo, os grandes adenomas do rim, com caracteres clinicos e anatomo-pathologicos definidos, citando estatisticas e autores, demonstrando a raridade do seu achado operatorio, 22 casos publicados, justificando assim a communication.

Dá em seguida a observação clinica detalhada do seu caso : Mulher de 49 annos, internada no

Hospital em Agosto do anno passado, por appendicite, apresentando alguns dias após a appendicectomia, dores lombares à esquerda, com hematuria.

A pyelographia ascendente evidenciou o tumor renal esquerdo, diagnostico confirmado pelos outros exames urológicos e pela nephrectomia feita em princípios desse anno, sob anestesia, e por via lumbar extra peritoneal.

Documenta a observação pela demonstração dos urogrammas ascendente e descendente, radiografia do intestino grosso, com substancia opaca, havendo compressão do descendente pelo tumor renal.

Apresenta a peça operatoria, projectando diversas micro-photografias dos cortes histológicos que levaram ao diagnostico de adenoma micro-cístico do rim, diagnostico este estabelecido no Departamento de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina de S. Paulo, pelo prof. Constantino Mignone, e a quem o A. agradece a colaboração.

Estuda em seguida a etio-pathogénia, anatomia pathologica, diagnostico e tratamento do adenoma do rim.

Termina suas considerações em torno do assumpto, dizendo da satisfação experimentada pelo cirurgião, que em uma nephrectomia por tumor verifica a benignidade deste, sabido como é, o prognóstico sombrio do cancer do rim.

CALCULOSE RENO-URETERAL DESTRUCTIVA — DR. DARCY VILLELA ITIBERÉ — O A. salienta a frequencia da calculose urinaria entre nós e a gravidade de que a molestia assume, por administração de má therapeutica.

E' hábito a contemporização do cálculo no rim e, mesmo no ureteral. Mostra farta documentação radiologica e de peças operatorias em que a contemporização demasiada levou à destruição completa do parenchyma renal. Chama a atenção dos clínicos e cirurgiões sobre o perigo da calculose renoureteral obstructiva, citando, em abono de suas afirmações o trabalho de Hymann, Fuchs, Cabot e outros.

Conclue por considerar a calculose reno-ureteral uma affecção demasiado grave, exigindo therapeutica imediata, afim de ser evitada a perda total de tão precioso órgão como o rim. Combate a orientação de se enviar os cálculos para estações de água, na ilusão de que possam dissolver e eliminar os seus cálculos. Diz que com isto só se tem conseguido agravar as situações, transformando, por vezes, um cálculo do bacinetê em cálculo do ureter.

Affirma ser a ureterotomia uma operação grave e de maus resultados para o rim, pela estenose cicatricial que pôde determinar ao passo que a pyelotomia é intervenção benigna.

Faz a exposição de dois casos clínicos documentando-os de forma a reforçarem as afirmativas de ordem theorica.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HYGIENE E MEDICINA TROPICAL, EM 18 DE JANEIRO

Presidente: PROF. SAMUEL PESSOA

SOBRE O TEOR EM PROVITAMINAS "A" DE ALGUNS ÓLEOS BRASILEIROS (Nota prévia) — PROF. GERALDO PAULA SOUZA E DR. ALEXANDRE WAN-

COLLE — Os AA. reportaram-se inicialmente aos hábitos alimentares de certas regiões do norte do país, que consistem em misturar o arroz com o urucum ou com

o óleo de dendé. Referiram em seguida as dosagens vitaminicas sobre diversos óleos recebidos de amostras do norte, assim como de outros óleos obtidos na praça de S. Paulo. Insistiram particularmente no teor vitaminico do óleo dendé, do óleo burity. Salientaram o valor da vitamina A, na protecção contra infecções, salientando outros sim a relativa boa apariencia do povo bahaino, embora das classes mais pobres. A titulo de lembrança para pesquisas mais apuradas, registram o facto da menor incidencia da lepra naquella região do paiz, onde todas as circumstancias parecem ser favoraveis ao seu desenvolvimento.

IMPRESSÕES DE UMA VISITA ÀS OBRAS DE SANEAMENTO DA BAIXADA FLUMINENSE — DR. F. I. DE ARAUJO SILVA — O A. inicialmente esclareceu a organização da parte administrativa das Obras de Saneamento da Baixada Fluminense e referindo tambem as grandes divisões que foram feitas em toda a Baixada para uma maior efficiencia do Saneamento. Abordou em seguida a verba empregada até o momento presente nessa campanha, que orça já em 25 mil contos, tendo descrevendo essa verba em todos os serviços já realizados. Descreveu com que meios e de que modo está sendo feito o saneamento, insistindo principalmente no grande auxilio que traz a máquina escavadeira com cangadas de arraste (draglines). Referiu a construção que vai ser levada a effeito de grandes diques, o sistema de comportas. O A. documentou a sua exposição com photographias tiradas no local.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PENFIGO FOLIACEO ("FOGO SELVAGEM") NO ESTADO DE S. PAULO — DR. J. PAULO VIEIRA — O A. fez

um ligeiro historico do penfigo foliaceo a partir dos primeiros casos observados até aquelles estudados e observados em nossos dias. Passou em seguida a insistir na symptomatologia clinica dos casos de penfigo brasileiro, que, muitos delles, se diferenciam sensivelmente dos casos descriptos nos livros europeus. Existindo hoje um serviço especializado no Departamento de Saude, para o combate desse mal, dispõe hoje de grande material, cujos resultados therapeuticos sob controle, serão apresentados futuramente. O objectivo de sua comunicação é objectivar a symptomatologia dos casos observados em São Paulo, e nas viagens emprehendidas pelo interior do Estado. Estabeleceu uma classificação para os casos brasileiros, assignalando a symptomatologia para cada typo, a evolução e a regressão das lesões conforme o typo. A comunicação foi documentada com diapositivos de diversos casos observados.

Commentarios : Dr. João A. Meira : Teve occasião de observar um caso de penfigo, forma frustra, acompanhada de nephrite aguda, complicação commun do penfigo, facto que pode falar em favor da hypothese infecçosa do penfigo.

Prof. Samuel Pessoa : Indagou do A. si ha alguma esperança no tratamento da molestia.

Dr. J. P. Vieira : Residem esperanças no tratamento das formas iniciais, dando bons resultados o quinino por via oral, o mesmo não acontecendo por via endovenosa. Temos feito a imunotransfusão e num dos casos que conseguimos curar, temos nos servido do sangue para o emprego em outros casos, assim como estamos estudando as precipitininas do sanguine desse doente curado.

Dr. P. C. Antunes : Felicitou o A. pelos estudos e desenvolvimento que vem dando ao combate do penfigo.

SENOTIOL - calcio colloidal

SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE JANEIRO

Presidente : PROF. A. C. PACHECO E SILVA

DE SPINOZA A MANFRED SAKEL E VON MEDUNA — Drs. VIRGILIO, DE CAMARGO PACHECO E CELSO WEY DE MAGALHÃES — Os autores se propõem a estudar qual a influencia modificadora que poderia ter sobre a noção do automatismo mental, a moderna therapeutica de choque.

Para isso, tentam fazer rapidissima "mise au point" do automatismo mental, tanto sob o ponto de vista physiologico como pathologico.

Analysam mais detidamente os phenomenos de automatismo que em certos syndromes eschizophrenicos ficam em campo, após o tratamento pelo Cardiazol endovenoso, depois de desaparecidos os disturbios da esphera affectiva, volitiva e intellectual, com os quaes esses phenomenos de automatismo communmente se acham mesclados. Frisam que mesmo tais phenomenos de automatismo podem acabar desaparecendo com a continuaçao de novas crises convulsivas. Léem a respeito uma observação bastante elucidativa.

Fixam-se afinal na forma de automatismo mental, tal como foi magistralmente descripta por de Clémabault, passando a descrever dois casos que julgam perfeitamente enquadrados dentro dessa descrição.

Como esses casos culminaram com a remissão total das pacientes pelo tratamento com o metodo de Sakel, os autores concluem que a causa determinadora desse syndrome de automatismo mental, não seria histogenetica, menos ainda psychogenetica mas sim physiogenetica, que aliás a tendencia psychiatrica moderna incrimina como responsavel por variados quadros psychicos.

Commentarios : Dr. Edgard Pinto Cesar : O autor, ao referir-se ao 1.^o caso, aliás muito bem estudo, parece ter omitido o exame do liquor. A contagem es-

pecifica afastaria a hypothese de se tratar de uma encephalite psychotica que podia ter remittido com o tratamento instituido.

Dr. Virgilio Camargo Pacheco : As therapeuticas modernas traem á tona variadissimos themes, obrigando-nos a optar por uma, já que não é possivel attender a todas as conjecturas adjacentes. Nos nossos casos limitamos nossa attenção ao automatismo mental.

SYNDROME DE BENEDIKT

— Drs. A. C. PACHECO E SILVA E FERNANDO DE OLIVEIRA BASTOS — Os AA. relatam a observação de uma mulher de 25 annos, acomettida de desordens oculares dependentes de uma lesão do 5.^o par craneano esquerdo e de uma hemiplegia extrapyramidal do lado opposto, combinada esta a phenomenos, hypercineticos predominantes no membro superior e revestindo as caracteristicas do tremor parkinsoniano. Após analyzarem os symptoms, que surgiram quando a paciente contava 9 annos de idade, fizeram comentarios sobre alguns factos da observação e recordam o importante trabalho de Souques, Crouzon e Bertrand, publicado em 1930, no qual se demonstra que o syndrome de Benedikt é um syndrome alterno do nucleo vermelho, com integridade do feixe pyramidal.

ENSAIOS COM O CHLORETO DE AMMONIO POR VIA ENDOVENOSA. I) TRATAMENTO DA ESCHIZOPHRENIA CHRONICA — DR. MARIO YAHN — Depois dos primeiros ensaios com a solução de chloreto de ammonio a 10 %, injectada em cães por via endovenosa, o A. passou a applicá-la em casos de eschizophrenia chronica, visando, graças á ação convulsogena do ammonio, encontrar um substitutivo para o cardiazol na convulsotherapy. Este primeiro trabalho, a que se seguirá outro

com o estudo de dois casos de pellagra, visa principalmente estabelecer a innocuidade do novo tratamento. As injecções são iniciadas com doses de 2 a 4 cc., que se elevam gradativamente até se alcançar 10, 15 ou mais cc., conforme o caso. Depois de recordar a pharmacodynamica do chloreto de ammonio por via endovenosa, que se comporta como um estimulante diffusivel (A. Manquat), passa a descrever a technica do tratamento com a explicação do seu modo de acção. Immediatamente após a injecção ha relaxamento muscular, seguido de hyperpnéa que aos poucos se intensifica até um maximo intransponível; o rosto torna-se conges-
to, as pupilas se dilatam; quasi concomitantemente ha perda de consciencia. Encerra esse quadro um enrijamento muscular, crises de opistotono e, finalmente, fracos abalos convulsivos (incons-
tanties). A duração dessas 3 phases não vae além de 7 a 10 minutos. O modo de acção do chloreto de ammonio depende da acção excitante do ammoniaco e da grande capacidade acidificante desse seu sal. A hyperpnéa seria explicada pela necessidade de hyperventilação pulmonar, com eliminação de acido carbonico, vi-
sando restabelecer o equilibrio acido-básico. Pensa, por isso, o A. que esse processo abre um novo

caminho no campo da therapeutica, que consiste na therapeutica pela ruptura subita do equilibrio acido-básico. E' por essa razão que pretende proseguir nas suas pesquisas. O presente trabalho contem o sumario das observações de 13 casos de eschizophrenia chronica, tratados com séries de 20 ou mais injecções tri-
semanaes. O A. já fez um total de quasi 1.000 injecções, sem ter observado accidente digno de nota. Após a injecção só tem notado pallidez, vomitos, soluço, sem mais consequencias. Dos casos tratados apenas houve um com melhora mental, permanecendo o restante sem modificação.

Commentarios : Dr. José Palmerio : Hoje está-se empregando o acido nicotínico no tratamento da pellagra, acido que tem muito parentesco com os saes de ammonio, o que não deixa de ser curioso, visto ser a pellagra doença muito espalhada nos hospitais psychiatricos.

Dr. Mario Yahn : Informou que o sal referido pelo dr. Palmerio também foi por si usado, mas logo abandonado e substituído por um outro de procedência diversa.

Dr. E. Pinto Cesar : Agradeceu a interessante contribuição, fazendo votos para que o A., em suas investigações, colha os mais brilhantes exitos.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE JANEIRO

Presidente : DR. J. M. DE CAMARGO

**TRATAMENTO DE ESCLE-
RODERMIA PELA PARATHY-
REOIDECTOMIA — DR. SE-
BASTIÃO HERMETO JUNIOR —** O A. teceu commentários em torno dos diversos methodos cirurgicos actualmente empregados para o tratamento da thromboangite obliterante. Ocupou-se em seguida da histo-pathologia dos vasos nessa affecção e das consequencias dessas lesões. Citou em seguida os diferentes methodos empregados referindo-se á sympathectomia peri-arterial, á sympath-

etomia peri-nervosa, a arteriectomia que julga absolutamente contraindicado, á supra-renalectomia e por ultimo á gangiectomia. O A. manifestou-se favorável á gangiectomia, tendo relatado 5 casos de intervenção lombar para cura da thrombo-angite obliterante, no membro inferior, cujos resultados embora não definitivos, permitem julgar o processo com o efficiente em determinados casos.

Commentarios : — Dr. Eu-
rício Branco Ribeiro : O assum-

pto trazido pelo prof. Sebastião Hermeto Junior é materia de grande relevo e corroborando com o seu ponto de vista, lembrou que essas descargas do hormonio da parathyreoidé são sempre passagieras, descargas activas, entrando depois a glandula em repouso, sendo que nessa phase de repouso os hormonios da parathyreoidé não são encontrados no sangue, não se conseguindo, pois, pelo exame que se pratica, a confirmação da etio-pathogenia estabelecida. Ao terminar as suas considerações felicitou o A. pelo premio de viagem á Europa com que foi laureado, fazendo votos que muito aproveite em sua permanencia no Velho Mundo, estando certo de que com o seu regresso muito lucrará a sciencia patria.

PNEUMO-THYREOIDÉ — DR. EDUARDO COTRIM — O A. apresentou uma technica propria para radiographia da thyreoidé, que consiste na introdução de ar no espaço descolavel peri-thyreoidiano, denominando, por isso, seu processo — Pneumothyreoidé. Após uma revisão minuciosa das bases anatomicas apresentadas como fundamento do methodo, estuda particularmente o espaço peri-thyreoidiano onde vai ser collectado o ar destinado a fornecer contraste radiologico á superficie da thyreoidé. Apresenta, a seguir, a technica preconizada, mostrando sua grande simplicidade: perfuração, com uma agulha, das tres aponevroses cervicais ao nível da linha mediana e introdução de ca. de 20 cc., de ar atmosferico, filtrado e esterilizado, no espaço comprehendido entre a capsula da thyreoidé e a bainha perithyreoidiana. Após a introdução do ar, fazem-se as radiographies do pescoço em posição anterior e lateral, com a tecnica adequada ao estudo das partes molles. Passa depois ao estudo dos resultados obtidos, mostrando que a pneumo-thyreoidé não visa o diagnostico da nature-

za do bocio, mas, sómente de sua morphologia. Acha que o methodo se presta excellentemente, não só para mostrar o limite inferior dos bocios, facilitando o diagnostico de bocios mergulhantes como tambem para o diagnostico diferencial nas obscuridades do 1/3 superior do thorax e nas formações tumoraes da base da face anterior do pescoço.

Commentarios : Dr. Eurico Branco Ribeiro: Felicitou o A. pela sua interessante innovação e espera que continue trazendo á Secção novos trabalhos que são sempre valiosos e de grande interesse para a sciencia.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A RADIOTHERAPIA NO CANCER DA MAMMA — DR. RAUL BRAGA — De acordo com o estudo que acabou de fazer e com a sua pratica pessoal, que consta de 31 casos, é de opinião que o processo ideal para a terapeutica do cancer da mamma é a seguinte: irradiação pré-operatoria, entretanto quando isso não seja possível por circunstancias diversas, o processo da cirurgia inicial seguida da radiotherapy tambem dá bons resultados. Para os carcinomas mammarios inoperaveis ou recidivas deverá preferir-se a radiotherapy exclusiva. Quanto ás suas metastases, principalmente as ossreas, a radiotherapy é um processo de boas possibilidades.

Commentarios : Dr. Cotrim: Felicitou o A. e fez-lhe um appello como radiotherapista que é, no sentido do A. dar a maior divulgação a esse seu trabalho que julga uma das paginas mais bonitas que já tem ouvido em radiotherapy e, si possível, a distribuição dos folhetos entre toda a classe medica de S. Paulo.

Dr. Eurico B. Ribeiro: Segunda as palavras do dr. Cotrim, esperando que o A. continue trazendo á Secção os novos resultados que for colhendo em suas observações.

**SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SYPHILIGRAPHIA,
EM 11 DE JANEIRO**

Presidente : DR. DOMINGOS O. RIBEIRO

ESTATISTICA DO AMBULATORIO DE DERMATOLOGIA DA SANTA CASA EM 1938 — DRs. VICENTE GRIECO, MENDES DE CASTRO, OLIVEIRA LIMA E A. ANCONA LOPEZ — Os A. A. commentam a estatistica, comparando-a com a dos annos de 1936 e 1937.

TRAUMATISMO DESPERTANDO SYMPTOMATOLOGIA DA LEPRO — Apresentação do doente (Nota prévia) — DR. JOSE LUIZ GUIMARÃES — O A. trouxe o caso de um rapaz, que, tendo sofrido uma queda sobre o ante-braco, o procurou no consultorio. Pelo exame suspeitou que se tratasse de um caso do mal de Hansen, pois, nos bordos da ulceração havia uma anestesia accentuada. Praticada a reacção da histamina ella foi nos pontos de anesthesia positiva, apresentando, o paciente o signal de garra do cubital. Na proxima reunião prometteu o A. trazer maiores informes sobre o caso em apreço.

SOBRE O TRATAMENTO CRYSTOTHERAPICO DO LUPUS ERYTHEMATOSO — DOUTORANDO EVANDRO PIMENTA DE CAMPOS — O A., após fazer considerações sobre a frequencia do lupus erythematoso e as frequentes recidivas com os varios tratamentos, apresentou um caso de lupus erythematoso, datando, de 2 annos, cuja therapeutica associativa arsenico-aurica, resolreu favoravelmente a lesão. A doente tomou um total de 1,32 grs. de Solganal B oleoso, apresentando boa tolerancia. Após 10 mezes voltou a cliente à consulta sem apresentar recidiva e e nem cicatrizes e pigmentação ou sequelas.

Commentarios : Dr. Domingos Ribeiro : Recorda-se quando estudante que o prof. Rossetti

iniciou o emprego do hyposulfito duplo de sodio e ouro na therapeutica do lupus. Por essa occasião tambem recommendava o Solganal da casa Schering. Perguntou ao A. quaeas as vantagens que encontrou na associação do arsenico com o ouro.

Doutorando Pimenta de Campos : Pela associação do arsenico com ouro observou que não tem havido resquícios de pigmentação, havendo um caso de transformação em vitiligo.

Prof. Rossetti : Fez notar as doses elevadas empregadas e que não acarretavam perturbações. A época lembrada pelo dr. Domingos Ribeiro foi uma época em que se falava da transformação do ultra-virus em forma bacilar. Por essa occasião usava-se muito a injecção do proprio sangue do doente em cobaia, Trituração dos ganglios, proseguindo-se com a mesma technique em novas gerações e num dos casos conseguimos na 3.^a geração da cobaia, a forma bacilar do lupus erythematoso. Um dos casos curou-se com o Solganal. Num outro caso, após do Solganal nada se observou, mas, em seguida, à 2.^a injecção apareceu grande edema e a pesquisa da albumina foi fortemente positiva, coagulava-se a urina em bloco, com tudo a lesão cicatrizou durante esse período. Concordou com o A. de que todos os saes de ouro tem um grande efecto therapeutico em todas as tuberculides; a contribuição do A., de grande valor, fica a exigir de nós um complemento, uma nova comunicação do A. informandos dos não desejeaveis mas possiveis accidentes a se encontrar no decurso de novos tratamentos. Na questão dos accidentes considerou arbitaria a sua divisão e sobre a questão da pigmentação observou um caso de aspecto tiroidé. Entre nós medicos, que

comprehendemos a relatividade dos nossos conhecimentos, não devemos rejeitar o sal de ouro, mas antes saudá-lo em vista dos grandes benefícios que tem causado. Felicitou o collega por ter feito uma comunicação tão interessante que animou o ambiente e vem despertar considerações tão interessantes.

Dr. Fonseca Bicudo : Informou à Casa que em 3 casos empregou o Solganal em doses altas sem inconvenientes e com reaes vantagens.

Dr. João Paulo Vieira : Tem empregado o Solganal com resultados satisfactorios, tanteando as tolerancia do paciente, com o emprego de doses minimas no começo do tratamento.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE JANEIRO

Presidente : DR. JOAQUIM LEME DA FONSECA

trabalho o demoveram de tal attitude.

Commentarios : Commentaram o trabalho os drs. Jorge Queiroz de Moraes, Vicente Baptista e Vicente Ferrão, tendo os 2 primeiros feito referencias á pigmentação icteroide da pelle, á qual não foi atribuido qualquer inconveniente no tratamento.

O dr. Vicente Lara agradeceu as palavras dos collegas, dizendo que a pigmentação não tem significação pathologica, pois os exames praticados nada revelaram para o lado do figado ou vesicula.

O EMPREGO DA ATEBRINA NA GARDIASE INFANTIL —
DR. VICENTE LARA — E' o resultado de observações feitas no seu Serviço do Instituto de Hygiene, sobre 70 crianças parasitadas pela "Giardia intestinalis", tendo constatado tanto fórmas vegetativas como kysticas. Apresentou um sumario da historia clinica e em seguida referiu-se á therapeutica empregada (a atebrina). Repartiu-se aos trabalhos de Bacigalupe, com eschema para adultos, Pierre Martin, que prescreve segunda tentativa 2 semanas após a 1.^a cura, e Rodolpho Franke, cuja orientação segue. Não constatou accidentes graves, salvo um caso de vomitos e outro coloração amarela da pelle. Os 70 casos foram curados em tempo variavel, mas geralmente com rapidez não esperada. Lamentou a dificuldade de ulteriores controles pela ausencia de innumerous pacientes. Apresentou 2 quadros mostrando a negatividade em exames repetidos para os trophozitos e kystos. Crê numa actividade electiva sobre as giardias. Fez comparações com estatisticas extrangeiras, mostrando as vantagens do metodo. Não pôde fazer o controle pela tubagem duodenal, pelas dificuldades que tal technica apresenta, mas trabalhos extrangeiros mostram exames negativos tanto nas materias feaces como nos outros sectores do intestino. Terminou dizendo do septicismo com que recebeu inicialmente este tratamento, mas os resultados do seu

TERÃO AS VITAMINAS INFLUENCIA NA EVOLUÇÃO DA LEPRO ? — DR. VICENTE BAPTISTA — O A. discutiu o problema da intervenção das vitaminas na evolução da lepra. Mostrou que o terreno organico desvitalizado perde sua resistencia natural, o que facilita a instalação das infecções. E' o que acontece com a lepra, quando a alimentação do paciente é pobre em vitaminas A e B. A favor desta ultima hypotese aponta como argumento maximo as pesquisas sensacionaes de Basu "In anima nobile et Vile". A favor da primeira suspeita apresenta as minuciosas investigações sobre a lepra murina, procedidas no Instituto de Hygiene de S. Paulo, por José Maria Gomes. Discutiu todas as questões correlatas ao assumpto, para realçar a importancia de taes estudos, os primeiros, depois da accão da chalmoogra que se assentam em bases seguras e que

dão a alentadora esperança de se estar na pista de um real progresso para a prophylaxia e reforço de tratamento da lepra.

Commentarios : Dr. José Maria Gomes : Felicitando o A., disse que esperava levar à proxima reunião da Sociedade de Leprologia os primeiros resultados das suas investigações.

Dr. Manoel de Abreu, director do Leprosario de S. Angelo, referiu que ha já 5 annos promoveu radical modificação na alimentação dos leprosos sob sua orientação, baseado em observações feitas na África, India e outras regiões, todas elas dando grande valor á alimentação ao lado da internação. A influencia da alimentação selecionada foi patente e nos annos de 36 e 37 foi obtido maior coefficiente de altas e redução da mortalidade, fazendo notar que o leprosario de S. Angelo é o que reúne as formas mais graves.

O dr. Vicente Ferrão felicitou-se pela oportunidade que teve em convidar o A. cujo trabalho foi amplamente comentado por técnicos e especialistas. É pela 2.^a vez que ouve falar nesta Secção sobre a lepra e lhe ocorrem as palavras de Gougerot frisando a necessidade do clinico e do pediatra conhecerem certas lesões leprosas que se prestam á confusões com outras lesões. Muito interessante seria que em nossa Secção fosse tratada esta questão de que nos livros de Pediatria não ha referencias. Agradeceu aos collegas que honraram a Secção com sua presença e ao dr. Vicente Baptista que mais uma vez se mostrou o grande mestre de vitaminologia entre nós.

Dr. Vicente Baptista : Agradeceu os commentários e ao terminar disse que seria de lamentar que agora que se criou um centro de estudos sobre a alimentação se descurasse do problema focalizado.

O dr. J. A. de Moraes cumprimentou o autor pelo brilhante trabalho apresentado, fazendo uma unica ressalva, dizendo que não seria de muito interesse dar publicidade a este trabalho, pois talvez tivesse um efeito pernicioso, fazendo acreditar que os doentes poderiam ser tratados sem isolamento.

UM CASO DE BRONCHOPNEUMONIA EM RECEM-NASCIDO — DR. ALBERTO NUPIEBI

Relatou o A. que fora attender um recem-nascido em estado asphyxico. Mãe luética e pae febril, havia já 8 dias provavelmente com infecção ebertiana. Com lobelina a criança melhorou. Aggravou-se depois o seu estado e o exame radiológico revelou pneumonia lobar direita. Dias depois o estado aggravou-se mais ainda, surgindo um quadro de broncho-pneumonia esquerda. O A. atribuiu esse estado a uma provável aspiração intra-uterina de líquido amniótico durante o trabalho de parto.

Commentarios : Os drs. Mário Mursa e Vicente Ferrão comentaram o trabalho, tendo o dr. Ferrão feito considerações ao diagnóstico de tal afecção e á sua pathogenia, felicitando o A. pelo brilho do diagnóstico realizado e interessantíssima comunicação trazida.

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE JANEIRO

Presidente : DR. MANGABEIRA ALBERNAZ

DUAS CRANEOBOTOMIAS, ANGIOENDOTHELIOMA DO TEMPORAL E HEMATOMA TRAUMATICO EXTRA-DURAL — DR. J. SOARES HUNGRIA — O dr. Soares Hungria levou ao plena-

rio dois casos raros, com apresentação dos doentes, completamente curados. São duas craniotomias de causas diversas : a primeira se refere a um doente portador de um tumor pulsatil lo-

calizado na região do processo mastoideo esquerdo. Varios medicos concordaram no diagnostico de aneurisma da arteria auricular posterior, mas ligadura da carotida externa não produziu nenhum resultado clinico; o doente continuou a apresentar o tumor pulsatil que provocava dores cada vez mais agudas. Diante disto o dr. Hungria resolveu intervir novamente, desta vez directamente sobre o tumor. Foi com surpresa que o cirurgião encontrou os ossos parietal e temporal parcialmente destruidos pelo tumor; a região foi amplamente desbastada drenada e, com o auxilio da radiotherapia profunda, o doente se encontra actualmente em boas condições physicas. O exame histo-pathologico revelou tratar-se de um angioendothelioma sarcomatoso.

O 2.º caso é o de um paciente que, tendo uma desintelligenzia com outro individuo, recebeu deste uma garrafada no cráneo. Apresentou-se á policia onde se submeteu a exame medico-legal que deu em resultado considerar o seu ferimento como "leve". Diante disso dirigiu-se para sua casa, tendo feito parte do percurso á pé e o resto de omnibus. La chegando constatou, ao se lavar, que havia pedaços de vidro em sua cabeça. Ao se abaixar para apanhá um objecto, sentiu tonturas e desfalecimento; foi acudido pela esposa que atribuiu o facto a indigestão, não lhe deu maior importancia. Entretanto o seu estado peiorou e o medico chamado resolveu removê-lo para o Hospital Municipal, onde, depois de feitos os exames necessarios, chegou-se ao diagnostico de hematoma extra-dural. O dr. Hungria realizou a craneotomia com pleno sucesso o que pode ser constatado pela apresentação do doente.

Commentarios: Dr. Rezende Barbosa: Cumprimentou o A. por trazer dois casos verdadeiramente raros e interessantes. Sendo o angioma primitivo do temporal uma affecção muito rara, mais raro ainda será o angioen-

dothelioma primitivo em degeneração sarcomatosa. Digna de menção foi a conducta do A. que, ao lado da therapeutica audaciosa, a cirurgica, associou, no post-operatório, a radiotherapia profunda, meio esse onde parece residir o futuro therapeutico dessas affecções extremamente hemorrágicas. O 2.º caso do A., interessante e raro, apresenta dois pontos que nos pareceram mais importantes: 1.º) o do rompimento dos vasos extra-dura-merianos, occasionando o hematoma extra-dural, sem fractura dos ossos craneanos, demonstrável radiologicamente, e 2.º) o lapso de tempo que decorreu entre o accidente e o apparecimento dos phenomenos motores e sensitivos para o lado dos membros.

MASTOIDE NA INFANCIA

— DR. PAULO SÁES — Em continuação ao symposium sobre mastoidites, falou sobre a mastoidite na infancia, fazendo ressaltar os pontos em que esta affecção se difference da edade adulta. Fez considerações anatomicas e topographicas no lactente, mostrando a situação do angulo posterosuperior do conducto auditivo externo osseu e do antro que é sempre uma grande cellula e praticamente unica. Muito superficial na infancia, aos poucos se aprofunda. A fissura petro-escamosa permanece aberta, donde a supuração do antro e caixa poder manifestar-se exteriormente sem destruição ossea. A espinha de Henle não existe no lactente, começando a surgir aos 10 meses. Em ligeiras considerações clinicas resumiu paginas do prof. João Marinho, assinalando como signal precoce de mastoidite, o desaparecimento da rugosidade sobre a face externa da mastoide, porque o perioste inflammando nivela os accidentes osseos. Mostrou quaes as indicações operatorias na infancia passando depois aos reparos de natureza technica. Sobre anestesia, citou a preferencia do prof. João Marinho pela regional, empregando mais a geral pelo chloroformio em gottas. Citou a te-

chnica de Panneton para trepanação na 1.^a infancia : anesthesia local de novocaina, incisão de 1 cm. e tempo operatório reduzido entre 40 segundos e 2 minutos. Falou sobre a incisão de Wilde, dando a explicação porque muitas vezes apenas esta cura a mastoidite. Mostrou que a trepanação é fácil, devendo-se usar apenas a cureta. A mastoidite operada, na criança, tem um prognostico benigno. Nas complicações post-operatórias, referiu o syndrome palor-hyperthermia, muito estudado pelos franceses. É o caso de lactentes que operados de mastoidite apresentam algumas horas após a intervenção hyperthermia elevada, até 41.^o dyspnéa, pallidez da face, torpor, pulso rápido e fraco, convulsões e afinal morte. O anestésico não pode ser dado como causador. Mostrou o que é possível usar em tais casos como therapeutica. Falou ainda da fistula mastoidiana que tem muitas vezes na criança uma causa geral e que a mudança de clima age favoravelmente.

Commentarios : Dr. Oswaldo Lange : Julgando-se estranho á Secção, dirigiu palavras amaveis ao A., acrescentando que a palor-hyperthermia se verifica também em outras operações, como appendicite, etc. Disse que o prof. Alajouanimo, quando em S. Paulo, referiu ter encontrado sempre nas autopsias das crianças, assim

falecidas, um edema accentuado do encephalo que poderia ser assim a causa do syndrome ou um symptom correlato. Referiu ainda ter esse professor usado nesses casos soro glucosado hipertonico, com algum resultado.

Dr. Moreira : Disse que seria interessante se o dr. Sáes tivesse encaminhado o estudo para o lado das radiographias da mastoide das crianças, onde talvez pudesse tirar dados interessantes.

Dr. Paulo Sáes : Agradeceu ao dr. Lange as palavras amaveis a seu respeito e disse que a visita de membros de outras Secções será sempre agradável, como hoje a presença do dr. Lange, que, como neurologista illustre pôde trazer a explicação interessante do prof. Alajouanimo sobre o syndrome palor-hyperthermia, lembrando ainda mais uma providencia therapeutica para tais casos, o que muito agradeceu. Ao dr. Moreira respondeu que de facto, lendo um trabalho sobre radiografia de mastoide publicado nos Annales de Oto-laryngologia — Julho 1938 — trabalho de Baldenweck e Joan Deroux-Robert, procurou ver o que havia sobre as mesmas na infancia, verificando que nas crianças de tenra idade muito poucas e confusas indicações podem dar as radiographias de mastoide em virtude mesmo da constituição anatomica nessa idade.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE JANEIRO

Presidente : DR. JOSÉ B. CORREIA

SINDROMES DAS CORONARIAS — Dr. BARBOSA CORREIA — O A. recordou inicialmente os pontos mais importantes que dizem respeito á physiologia das coronarias e de interesse em clinica. Ocupou-se em seguida da etiologia que acarreta as lesões das coronarias. Estudou em particular os diversos factores mais admittidos hoje e que influem na esclerose das coronarias e entre outros

os factores : intellectual e physisco, predominando o primeiro. Considerou em seguida os syndromes das lesões da coronaria, classificando-as em insufficiencias paroxysticas, prolongadas (com lesão no myocardio, ou sem lesão o myocardio). Estudou os symptomas e o diagnostico da angina de peito. Deu grande importancia ao signal das dores refletidas de origem coronaria. Ocupou-se em seguida da pathogene-

nia da angina, pensando que de todas as teorias aquella que deve substituir ainda é a da isquemia do myocardio. Lembrou a influencia da suprarenal na angina do peito. Estudou as causas que desencadeiam a angina e certas indicações cirúrgicas na therapeuti-

ca da angina. Abordou a radiologia da coronaria, passando em seguida ao estudo da insuficiencia cronica da coronaria. Estabeleceu em seguida o diagnostico diferencial entre a angina de peito e o enfarte do myocardio. Occupou-se por ultimo do electrocardiogramma.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE JANEIRO

Presidente : DR. R. DE PAULA SOUZA

THORACOPLASTIA DE MONALDI COM BONS RESULTADOS — DR. RUY DORIA — Trata-se de um doente portador de uma caverna na região justa-hilar-direita em que se fez ressecção parcial das 5 primeiras costellas, sem que a cavidade fosse perfeitamente comprimida. Foi feita então, por via posterior, nova ressecção nas mesmas costellas, conseguindo-se assim um bom colapso. O paciente que foi apresentado em reunião, se acha em bom estado geral, com escarro negativo. Em seguida referiu-se a outro caso semelhante ao exposto, em que a operação de Monaldi não deu resultados.

Commentários : Dr. Carlos Comenale Jr.: Referindo-se ao 2.^o caso citado pelo A., disse que talvez o insucesso tivesse sido devido a uma excessiva ressecção das costellas, o que occasionou o aparecimento de respiração paradoxal.

Dr. Fleury de Oliveira : Pensava que o 2.^o tempo operatório executado no doente não corresponde ao 2.^o tempo da operação de Monaldi.

O A. respondeu ao dr. Comenale, dizendo que não fez ressecção excessiva das costellas, achando que essa não poderia ter sido a causa do insucesso.

Ao dr. Fleury respondeu affirmando que o 3.^o tempo executado no paciente corresponde, de facto, ao 2.^o tempo da thoraco de Monaldi, differindo dessa, apenas por ter sido executada por via posterior.

VITAMINAS "C" NA TUBERCULOSE — DRs. José I. LOBO E OCTAVIO NEBIAS — O methodo mais adequado de se apreciar o estado metabolico do individuo quanto á vitamina C, é a prova de sobrecarga com dosagem desta substancia na urina eliminada dentro das 4 horas consecutivas á injeção. Considerase attingida a saturação quando ha eliminação de 49% do injectado dentro deste periodo horario. Os individuos normaes ou, melhor, os que exhibem um balanço optimo da vitamina, respondem dessa maneira logo na 1.^a injeção. Os que se acham em deficit, respondem dentro de um periodo variavel de 6 a 12 ou até 20 dias, conforme a intensidade delle. Geralmente a curva de excreção durante as 24 horas acompanha paralelamente a da excreção durante as 4 primeiras horas (embora nem isto sempre aconteça) de modo que os pontos de saturação coincidem, ou pelo menos, se encontram proximos: a saturação nas 24 horas é dada então pela eliminação de perto de 80 a 100% do injectado. Os resultados deste test se exprimem não só quanto ao prazo decorrido até attingir a saturação, como pela quantidade total da vitamina empregada e como, ainda, pelo que denominamos de indice de aproveitamento, isto é, a fração ac. ascorbico injectado que foi retida pelo organismo. Como complemento do processo da sobre-carga, pode-se ainda utilizar a média da excreção diaria em dias que precedem a prova. Nota-se

em geral, que quando tal media é baixa, maior é a quantidade total de vitamina necessaria para atingir a saturação, maior é o prazo decorrido e maior é a quantidade retida pelo organismo. Após a sobrecarga, a eliminação dia-ría (excepto no primeiro dia consecutivo à suppressão) cai muito proxima aos valores do periodo inicial. Para dosagem da vitamina C na urina, o processo de redução do 2,6 dichlorophenolin-dophenal é o que ainda apresenta menos inconvenientes. Desde que este corante seja correctamente titulado e a execução da technica de determinação do ac. ascorbico obedeça a determinados preceitos os resultados são fidedignos. Os doentes de tuberculose pulmonar exhibem, geralmente um deficit de ac. ascorbico o que é de se atribuir a uma exacerbação nos processos de oxydo-redução intra-organicos. As necessidades de vitamina C, de acordo com este augmento, perfazem um total que, para os adultos, oscilla de 50 a 100 mg. por dia. Nenhum efecto favorável objectivo sobre a velocidade da sedimentação das hemacias, sobre a quantidade de expectoração sobre a temperatura, etc., pôde comtudo ser observada de maneira nítida. Esta conclusão deve entretanto sofrer uma restrição, a saber, que o tempo de emprego da vitamina C nas nossas doentes não foi suficientemente longo, como deveria ser, em se tratando de uma affecção de carácter chronico. Esta restrição pesa tanto mais quanto todos elles accusaram subjectivamente uma sensação de melhora, revelada sobretudo no appetite e na disposição geral. A' vista disto e do facto inconteste da existencia do deficit é de se aconselhar aos doentes de tuberculose pulmonar, a administração de uma dose supplementar em ac. ascorbico. Este objectivo pode ser facilmente conseguido, nos casos moderados, por uma alimentação rica em fructas, nos casos mais graves, é indicada a administração artificial de vitamina C, tal como praticamos em nossos doen-

tes servindo-nos do preparado Cebion Merck.

Commentarios: Dr. Faria: Suggeriu ao dr. Lobo que dosasse o acido ascorbico dos diferentes preparados encontrados no mercado, para que a classe medica possa saber a qual recorrer com segurança.

Dr. E. Cury: Indagou do A. se a eliminação de ac. ascorbico não varia com as actividades metabólicas do individuo.

Dr. R. Paula Souza: Perguntou ao A. se foram feitas dosagens de vit. C, no sangue e na urina dos doentes. Aventou a hypothese de que as variações do teor do acido ascorbico fossem devidas a modificações do regime alimentar.

Dr. J. Grieco: Referiu-se a 2 casos de hemoptysie em que usou ac. ascorbico, obtendo resultados em um só delles.

O dr. Octavio Nebias respondeu ao dr. Faria, promettendo dosar os diversos preparados de vit. C encontrados no mercado; ao dr. Cury declarou não ter sido seu intento estudar a eliminação do ac. ascorbico nas diferentes phases da vida, mas unicamente na tuberculose. Todavia, deve haver variações de sua eliminação, segundo haja predominancia do ana ou do catabolismo; ao dr. Paula Souza declarou que não foram feitas dosagens no sangue, não só porque são muito trabalhosas, como tambem porque ha uma correlação entre a taxa de ac. ascorbico no sangue e na urina, bastando, portanto, determiná-la nessa ultima.

ETIOPATHOGENIA DA ASTHMA BRONCHICA (Conferência) — DR. E. MENDES — O A. referiu-se a varias theorias propostas para explicação do estado alergico na asthma. Declarando admittir que a asthma é uma manifestação alergica, citou um caso de acesso asthmatico provocado por inalação de pó de hypophyse. Referiu-se em seguida aos estudos de L. Torm Van Loewen em que esse A. concluiu que, na asthma bronchica, o alergeno é represen-

tado em 70% dos casos, pelos inhalantes. Proseguiu o A. dizendo que asthma bronchica é classificada em "asthma alergica" e "asthma não alergica" classificação essa que não satisfaz. Com referência ao facto da manifestação fazer-se no apparelho respiratorio, mencionou o A. estudos e experiencias que evidenciam a existencia de uma certa relação entre a porta de entrada do alergeno e o "órgão de choque". Estudou em continuacão as causas que fazem desaparecer temporariamente as reacções alergicas (tuberculose, pneumonia, etc.) o que se pode explicar pela diminuição da resistencia organica o que impossibilita a formação de anticorpos em face do alergeno. Em virtude do adiantado da hora, o A. foi obrigado a sacrificar parte da conferencia, promettendo voltar, porém, em outra occasião, para melhor discutir o assumpto.

A pedido do A., foi o trabalho posto em discussão.

Commentarios : Dr. Faria : Indagou do A. quaes as relações entre asthma e tuberculose pulmonar.

Dr. E. Mendes : Respondeu dizendo que, em 140 casos por elle observados, encontrou apenas 2 tuberculosos. Autores franceses, prosseguiu o A., fundados na ação beneficia dos saes de ouro na asthma e na positividade das reacções à tuberculina nos asthmaticos admitem que esses doentes sejam tuberculosos. Ora a reacção tuberculinica é positiva em quasi todos nós que vivemos nas grandes cidades, e, por outro lado, não é certo que o ouro tenha ação na asthma, pois, fica-se em duvida si é o medicamento que actua ou o veículo. Além disso, teem-se observado casos de asthma em doentes com r. tuberculinica negativa.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 31 DE JANEIRO

Presidente : DR. ANTONIO A. DE ALMEIDA PRADO

OBSERVAÇÕES SOBRE O EMPREGO DE UM SULFO CONJUGADO (Uliron) NO TRATAMENTO DA BLENORRAGIA (Nota prévia) — DR. ARY SIQUEIRA — Referindo-se a 34 doentes com blenorragia sub-aguda com maio de 17 dias de molestia, disse que obteve os seguintes resultados :

Dos 8 doentes que receberam dosagem alta (10 comprimidos 2 dias, 6 comprimidos 3 dias, 4 comprimidos 4 dias — total 27 grms. em 9 dias) 6 se curaram, com pesquisa negativa para Neisser; em 2 casos não houve resultado apreciavel. Um não se modifcou senão ligeiramente e, noutro, que melhorou muito, reapareceu inteiramente a molestia apenas cessado o uso do Uliron. Houve um caso de intolerancia: naseas, cephaléa, mal estar geral, dores nas pernas durante varios dias.

Em 26 outros doentes usamos a dosagem de 8 comprimidos durante 5 dias consecutivos, obtendo os seguintes resultados :

0 — curas clinicas com a 1.^a dosagem, se bem que todos tivessem apresentado melhorias.

16 — não voltaram mais a nossas visitas.

10 — voltaram a fazer segundo tratamento ; do quaeis :

4 — ficaram curados clinicamente com a 2.^a dosagem, identica á 1.^a.

6 — tiveram recidivas (3 ficaram curados clinicamente com a 3.^a dosagem e 3 não se curaram com a 3.^a, abandonando o tratamento).

Commentarios : Dr. Geraldo de Campos Freire : Comentando o trabalho do dr. Ary Siqueira, o dr. Campos Freire chama a attenção do A. do trabalho sobre o facto de ter o mesmo denominado o Uliron de Sulfanilamida o que não é real, uma vez que esse

nome é reservado para a p-amino-benzenosulfamida bem diversa do Uliron, DB 90. Chama a atenção, a seguir, para a diferença enorme entre a estatística do A. no trabalho apresentado em 1937 e o presente: ao entusiasmo pelo uso dos sulfoconjungados em alta dose sem tratamento local e com 90% de curas, seguiu-se um scepticismo benéfico, mais de acordo com o que já se conhece dos sulfoconjungados. Chama a atenção ainda para o facto de que os diagnósticos dos casos apresentados serem precários, uma vez que blenorragia é termo vago; tanto é blenorragia uma simples uretrite anterior aguda gonococica como uma invásão dos anexos pelo gonococo, e nessas condições, com diagnóstico errado, não se poderia esperar uma terapêutica adequada e muito menos uma prova de cura: como dar valor à negatividade da pesquisa do gonococo na uretrite se a infecção está na prostate ou nas vesículas seminais? Quanto ao facto do A. dizer não ter observado acidentes com os sulfo-conjugados mesmo em alta dose, diz ainda o dr. Campos Freire. Seria preciso ao dr. Siqueira, para uma tal afirmação que, além dos grosseiros acidentes que o Uliron pode acarretar (*cyanose, paraplegia, cephaléa intensa*) houvesse pesquisado ainda aquilo que a clínica nos tem ensinado, ao lado de trabalhos experimentais bem elaborados, tanto no estrangeiro como entre nós. Chama a atenção para o trabalho apresentado nesta Associação pelo comentador e pelos drs. Villela Itiberé e Edmundo Mendonça, no qual os acidentes para o lado da esfera genital (*espermatogênese*) foram cuidadosamente pesquisados. Ora, o dr. Siqueira não fez suster uma pesquisa dessa natureza, não fez um simples hemogramma, uma espermocultura, limitando suas pesquisas nesse particular, a raros exames de laboratório — exames de secreção uretral. O urologista que acompanhou os progressos da terapêutica chimiotherápica da

gonococcia pelos sulfo-conjugados, não pode contentar-se apenas com esses acidentes grosseiros que os próprios pacientes accusam, mas ir pesquisar aquelas alterações que não dando signal algum berrante, nem por isso deixam de ser gravíssimas e de consequências lastimáveis.

O dr. Darcy V. Itiberé iniciou os seus comentários dizendo ter sido o dr. Ary Siqueira, entre nós, o pioneiro em comunicações sobre o emprego dos sulfo-conjugados no tratamento da blenorragia. É bem verdade que os seus entusiasmos já estão bem arrefecidos, verificando, agora, o dr. Ary, que as conclusões tão optimistas do seu 1.º trabalho, foram tiradas um tanto às pressas, sem um estudo mais cuidadoso dos casos clínicos. Traz-nos, hoje, o dr. Ary, uma série de casos de blenorragia sub-aguda e crônica tratados pelo Uliron e é sobre o valor deste medicamento que o dr. Ary deseja tecer comentários. De inicio, usou as altas dosagens, depois, como a Casa Bayer aconselhasse, insistentemente, doses menores, afim de serem evitados acidentes graves para os doentes, passou a usar doses médias, de acordo com o conselho e orientação dos fabricantes da droga. Colheu, então, melhores resultados com as doses altas, dizendo que em outros casos, embora desse até três séries de 24 comprimidos os doentes não se curavam e o corrimento voltava, uma vez cessado o uso do Uliron. Achava assim que o Uliron não era tão eficaz quanto outros sulfo-conjugados. O dr. Ary, continua o dr. Itiberé, não tem razão, elle não pode exigir do medicamento mais do que elle pode dar. Por certo, os doentes apresentados pelo dr. Ary não se curaram por não ter sido o tratamento orientado segundo as boas regras urológicas. É sabido — e nisto insistem todos os especialistas — que os focos glandulares uretrais não soffrem quase a ação chimiotherápica, sendo mister, em tais casos, a prática systematica dos exames ure-

throscopicos para a cauterização dos focos existentes. Barbeillon chama muito a atenção para este detalhe, para o que elle denomina de "reparos microbianos". Na maioria dos casos do dr. Ary o Uliron não surtiu efeito porque os reparos microbianos não foram pesquisados e não foram tratados e, assim sendo, o medicamento não poderia curar. E' justamente sobre este ponto que nos temos batido: a blenorragia continua a ser molestia para ser tratada por especialistas que tenham pratica bastante da endoscopia uretral. A chimiotherapia, como vêm os senhores foi um grande passo adeante, mas, por si só não cura. O urologista precisa, em grande numero de casos, entrar com a sua experiença e com a sua technica para surprehender o gonococco nos seus ultimos reductos e ataca-lo ahi pelos meios realmente efficazes e que só nos são fornecidos pela endoscopia uretral operatoria. E' o que temos sempre repetido em nossos trabalhos, continua o dr. Itiberê, a chimiotherapia pelo sulfo-conjugado é tão sómente um meio adjacente no tratamento do gonococcio. O tratamento local classico, a vaccinotherapy, pyretotherapia, etc., continuam ainda a ter, através dos tempos e com honra, os seus lugares na lucta antiblenorragica, e isto a bem dos proprios doentes.

Dr. Joaquim Vieira Filho: Tem empregado o Uliron em 15 a 16 casos, de blenorragia aguda e associado a esse medicamento o tratamento local, ou então a vaccinotherapy durante 10 a 12 dias.

No emprego do Uliron tem iniciado com o uso de 8 comprimidos diarios e continuado até a dose total de 40 grammas. Destacou os resultados que teve em dois casos de blenorragia na mulher, onde após lavagens e pincelamento com Urochromo, vaccinotherapy, e posteriormente com o uso do Uliron, obteve bons resultados.

Dr. Claudio Erminio: Recentemente, um A. inglez aconselhou o emprego de 60 grs. de sulfamido o que parece assustador si nos lembrarmos do caso de morte relatado por um outro A. com o emprego de uma dose normal. Ignoramos o mecanismo de eliminação dessa droga, contudo só devemos nos congratular pelo apparecimento desse medicamento que actuando pela via circulatoria extende-se ás lesões annexiaes.

Dr. Ary Siqueira: Na questão do diagnostico deve informar que os 34 doentes eram portadores de uretrites anteriores e posteriores, sem outras complicações annexiaes, observaveis clinicamente. Em nossos doentes não praticamos a urethroscopia por não dispormos em nosso serviço desse recurso de exame. Quanto á inovação da chimiotherapia, restamos a grande esperança de que o medicamento agindo por via sanguínea, poderá dar melhores resultados, dando-se a eliminação do medicamento pelas vias urinarias, como tem sido observado por AA. americanos. Quanto ás perturbações da espermatozenose nada pode informar, pois não fez investigações nesse sentido.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA, EM 30 DE JANEIRO

Presidente: DR. PAULO DE GODOY

CONCEITO SOBRE OCCIPI-TO-POSTERIORES — DR. ERWIN F. ZINK — O A. iniciou o seu trabalho com o diagnostico das occipito-posteriores, mecanismo de parto, de acordo com a Escola Paulista. Discutiu em seguida

os conceitos alemão e americano dessas posições, referindo os factos que determinam com maior frequencia entre os americanos essas posições e terminou o seu trabalho discutindo as varias teorias emitidas para explicar

o terceiro tempo do mecanismo de parto, isto é, a rotação interna.

Commentarios : Dr. Onofre de Araujo : Agradeceu ao A. as considerações feitas sobre um assunto que merece meditação, focalizando o mecanismo dessas posições e concluindo que só mesmo o especialista pode julgar ao aplicar o forceps si a rotação vai ser grande ou pequena.

CONDILOMA GIGANTE DA VULVA — Drs. PAULO GODOY E DOMINGOS DELASCIO — Os AA. salientaram como é complexo o problema da etiologia e patologia do condiloma. Salientaram a blenorragia e outras infecções capazes de provocar corrimento e consequente irritação dos tecidos; a influencia dos espirochetas, encontrados não só na superficie do epithelio como na sua profundidade: salientaram o papel dos virus e da existencia de um unico virus filtrável, segundo determinado A., salientaram por ultimo o papel do sistema nervoso na formação dos condilomas. Referiram por ultimo os factores predisponentes (gravidez diabetes) e os factores constitucionais no desencadear das manifestações papillomatosas. Estudaram em seguida a symptomatologia do papiloma vulvar. Abordaram o diagnostico clinico e histopathologico e outros meios subsidiarios. Trataram da therapeutica geral pelos saes de magnesio, arseniotherapia, autoganglioterapia e da therapeutica local, por processos quimicos, physiotherapicos e cirurgico. Relataram em continuação a essas

considerações a observação que constituiu o objecto da comunicação.

Commentarios : Dr. E. Braga : Louvando o bello trabalho apresentado, relatou o pequeno contingente de suas observações pesssoas, casos em que tem empregado os raios ultra-violeta, associado com a tintura de tuia. Tem observado que as pacientes portadoras de condiloma são tambem portadoras de um estado de gestose e nesses casos tem associado aos raios ultra-violeta o licor de Fowler. Quanto ao factor psychico acredita na sua influencia tendo tido occasião de observar um condiloma que regrediu sem qualquer outro tratamento.

Dr. Domingos Delascio : Sobre a questão do papilloma tão frequente na gestação acredita que nas grandes intervenções abdominais possa se permitir a evolução da gestação, o mesmo não se podendo dizer das intervenções por via baixa que podem provocar abortamento.

Dr. Benedicto Tolosa : Pensa que se deva dar o devido desconto a esse dogma que diz serem as intervenções por via baixa iguaes á abortamento, pois são ocorrências frequentes na clinicas as cauterizações que não provocam entretanto o abortamento.

Dr. Onofre de Araujo : Agradeceu aos AA. a interessante contribuição onde fazem uma divulgação do papel endocrino na gênese dessas formações tumorais, tão frequentes durante a gestação, período em que é mais intensa a actividade hormonal feminina.

HIPERTENÇÃO ARTERIAL MIOCARDITES ARTERIOESCLEROSE **CARDIOSCLEROL**

TONICO CARDIACO ATOXICO

A base de *Viscum album*. - *Cactus grandiflora* - *Cratoegus* - *Kola* - *Scila Rosdanato de Potassa*

Amostras e literaturas a disposição dos srs. Médicos

CAIXA, 4500

INSTITUTO CHIMORGAN

SÃO PAULO

Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa

SESSÃO DE 15 DE JANEIRO

Presidente : DR. MENDONÇA CORTEZ

PARATHYROIDECTOMIAS

— PROF. SEBASTIÃO HERMETO JR. — O A. dá as principaes indicações da parathyroidectomia que são a Molestia de Recklinghausen e o rheumatismo chronico deformante ; estuda a seguir a physiologia das parathyroides, no que diz respeito ao metabolismo do calcio e do phosphoro. Discreve as modificações da chronaxia e da rebase. Passa em revista as alterações do esqueleto. Falla sobre os adenomas das parathyroides, das idéas modernas sobre a etiopathogenia da molestia de Recklinghausen. Faz referencias aos seus casos pessoais. Estuda em seguida as osteo-arthroses ou

o rheumatismo chronico progressivo deformante. Faz a exposição de numerosos diapositivos, explicando-os detalhadamente. Termina referindo-se aos resultados obtidos na sua clínica.

Discussão : O dr. Francisco Finocchiaro depois de confessar o interesse que lhe despertou a conferencia do prof. Hermeto Jr. refere um caso de sua observação, prometendo enviar a paciente, portadora de uma artrite deformante para ser tratado pelo dr. Hermeto Jr.

O sr. Presidente agradece ao prof. Hermeto Jr. a sua magnifica preleção pedindo que volte a fazer tão interessantes palestras.

SESSÃO DE 3 DE FEVEREIRO

CONSIDERAÇÕES GERAES SOBRE A PSYCHIATRIA CLINICA DE HOJE — DR. E. DE AGUIAR WHITAKER — O A. começa por comentar o mecanismo e as possibilidades da moderna psychiatria estudando a sua evolução até o seu desenvolvimento actual ou estadio medico biológico. Estuda o criterio basico dentro do qual se encontra o conceito de enfermidade ou molestia mental. Discorre, a seguir, sobre a symptomatologia, enquadrando os symptomas em dois grupos : — physicos e psychicos, estes por sua vez divididos em directos e indirectos. Falla sobre os methodos de diagnostico : os psychologicos que são varios, como seja, por exemplo, a analyse de desenhos e sua interpretação. Projecta varios diapositivos, dando explicações detalhadas. Estuda, a

seguir, os typos genéticos constitucionaes. E, em seguida, descreve o metodo neurologico-clínico, salientando principalmente o valor da pneumoencephalografia, projectando, então, diversas chapas. Observa a questão therapeutica, descrevendo os methodos da clinica geral nos casos de infecção focal. Cita a psychotherapy, a labortherapia a malariotherapy. Entre os medicamentos mais usados menciona o protinjected citando o resultado colhido em um caso pessoal, a cura pela narcose prolongada ; o hyposulfito de magnesio com excellentes resultados na anciedade. Salienta a importancia da chamada "limpeza organica". Entre outros medicamentos refere o Fotodyn, o Veronal principalmente nos casos de psychose maniana depressiva ; o Luminal. Dá as indicações da

que
uni-

Bra-
alho
eno
ções
em-
as-
uiua.
entes
am-
o de
asso-
o li-
quen-
oser-
mediu-
ento.
So-
tão
edita
ab-
ir a
esmo
ven-
pro-

ensa
onto
n as
quaes
rren-
auten-
trete-

Agra-
con-
civul-
a ge-
oraes,
esta-
ten-
mini-

ROSE
L

Scila

AULO

insulino-therapia, com resultados brilhantes na schizophrenia. Cita o emprego do cardiazol endovenoso com o fim de provocar acessos epilepticos. Diz que o sucesso terapeutico depende principalmente de um diagnostico precoce e exacto. Finalmente, descreve a observação de um caso pessoal, no qual recorreu a varios exames de laboratorio, metabolismo basal e pneumoencefalografia.

phia, com os quaes estabeleceu um diagnostico seguro, permitindo uma therapeutica que trouxe a cura completa do paciente apóis varios meses de observação.

Discussão : O dr. Mendonça Cortez deseja apenas salientar o interesse que lhe despertou a palestra do dr. E. Aguiar Whitaker, muito util, porquanto veiu demonstrar que a psychiatria deve ser integrada na clinica geral

SESSÃO DE 17 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. MENDONÇA CORTEZ

MYOSITE OSSIFICANTE —
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO —
 O A. fez um historico das myosites ossificantes, acompanhando a marcha dos conhecimentos actuaes sobre o assumpto. Tratou da classificação da molestia, salientando a discordancia dos autores para a maioria dos quaes só ha a "myosite ossificante progressiva generalizada" e a "myosite ossificante circumscreta traumatica", uma vez postos de lado os osteomas e as exostoses que já foram confundidos com as myosites ossificantes. Cuida depois da etiologia da molestia, enumerando as varias theorias apontadas, para se deter na que reconhece um estadio inflammatorio com transformação de elementos histioeytarios em osteoblastos e natural evolução para o tecido osseo. Depois de mostrar a frequencia topographica da molestia, apresenta tres casos de myosite ossificante circumscreta nos quaes foi obrigado a intervir. No 1.º caso a ossificação se fez apóis uma luxação do cotovelo, havendo comprometimento do brachial anterior. O resultado funcional postoperato-

rio foi muito bom, conforme prova com photographias. O 2.º caso decorreu de ruptura muscular no esporte, affectando o recto anterior da coxa. Houve necessidade de duas intervenções e o caso está evoluindo muito bem, mediante radiotherapy, com o intuito de evitar-se a recidiva. O 3.º caso foi o mais interessante do ponto de vista clinico : o doente apresentava symptomatologia de sciatica e um exame clinico apurado, feito pelo dr. Mendonça Cortez, revelou uma massa dura na raiz da coxa ; a radiographia mostrou que se tratava de uma myosite ossificante do pectineo. A operação trouxe allivio prompto mas esboçou-se a recidiva que foi combatida com a radiotherapy. Por fim o A. salientou os inconvenientes da intervenção precoce, dizendo que cirurgia só é recomendável quando ha perturbações motoras, nervosas ou vasculares. Mostrou o desvalor das medicações experimentadas, affirmando que as esperanças da therapeutica residem somente na roentgentherapia.

Philergon - Fortifica de facto

Sociedade Paulista de Leprologia

SESSÃO DE 22 DE ABRIL

Presidente : DR. LUIZ MARINO BECHELLI

SYRINGOMYELIA E LEPRO

— PROF. ADHERBAL TOLOSA — O A. chama a atenção do auditório para a dificuldade e responsabilidade do diagnóstico diferencial e a seguir faz um apanhado sucinto sobre a physiopathologia da medulla, especialmente em relação com a via sensitiva, a via pyramidal e as partes anteriores, estas como origem do sensorio motor peripherico. Passa depois a discorrer sobre a anatomia pathologica macroscopica da Syringomyelia, fazendo um estudo anatomo-clínico com a explicação da pathogenia de cada signal daquella molestia e os compara com a pathogenia da forma nervosa da lepro. O orador apresenta quatro observações interessantes de syringomyelia e syringomyelo-bulbia, fartamente documentadas com projecções. Na ultima parte de sua conferencia, estabelece o valor de cada signal na differenciação entre a lepra e a syringomyelia, especialmente o syndromo pyramidal, as provas da histamina e pylocarpina e o carácter evolutivo. Além disso assinala a importância da bacteriologia quando positiva e a presença na syringomyelia de malformações ou anomalias orgânicas.

OS SAES BILIARES NO TRATAMENTO DA LEPRO — DR. VERGILIO ETCHEVERRY — O A. communica haver ensaiado os... "Saes biliares" na therapeutica da lepra: a) no tratamento geral, b) nas formações lepromatosas por injecções locaes e c) nas lesões oculares em applicações locaes.

Destaca e descreve os procedimentos da infiltração dos lepro-

mas com S. B., e o de injecções subconjunctivæs e banho ocular prolongado nas lesões ophthalmicas, por lhe parecerem ambas applicações uteis e merecedoras de serem divulgadas.

RESULTADOS DA MICRO-REACÇÃO DE CHEDIAK NA LEPRO

— DR. ABRAÃO ROTBERG — O A. em 30 casos de lepro com reacções sorologicas de Wassermann e Kahn forte e constantemente positivas, só em 2 casos encontra positividade à micro-reacção de Chediak, proposta para o diagnostico da syphilis e praticada em uma gota de sangue secco. Admittindo a grande sensibilidade da reacção para a syphilis, julga de interesse a prática mais ampla dessa reacção para estabelecer definitivamente se ella evita ou pelo menos diminui a frequencia das positividades falsas das reacções sorologicas habituæs, muito frequentes na lepra e causadoras de confusão quando se trata de investigar a syphilis em doentes de lepra ou de se fazer o diagnostico sorologico diferencial.

TRANSFORMAÇÃO DE UMA LEPRO LEPROMATOSA EM TUBERCULOIDE

— DR. ARGEMIRO R. DE SOUZA — O A. apresenta um caso de lepra lepromatosa, sujeita a reacções leproticas agudas, subintrantes com exames bacterioscopicos positivos que ao fim de 10 annos evoluíu para tuberculoide. Neste periodo só encontrou cicatrizes esparsas e varias maculas em actividade cujo exame histologico revelou estructura nitidamente tuberculoide.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

SESSÃO DE 14 DE ABRIL

Presidente : PROF. FLAMINO FAVERO

NOVOS PROCESSOS PARA O DIAGNOSTICO BIOLOGICO DA GRAVIDEZ EM MEDICINA LEGAL — DR. ARNALDO AMADO FERREIRA — O A. começou por mostrar as dificuldades do diagnostico da prenhez levando em consideração a mulher, o meio e as causas de erro do ponto de vista clinico que podem aparecer. Salientou, em seguida, a importância do diagnostico precoce da gravidez nos casos de determinação da paternidade, simulação e atribuição de parto alheio, dissimulação, sonegação e substituição de parto alheio, nos casos de licença, attenuantes e dirimentes por perturbações mentais, violencia carnal, impossibilidade de anulação do casamento, quando realizado infringindo certos impedimentos, no que diz com o prazo para contrahir novas nupcias.

Estudou, depois os elementos de diagnostico, deteve-se nas provas biológicas e sobretudo frisou as provas de Ashheim-Zondek e as suas variantes, Hinglais-Brouha-Simonet e Friedmann-Thales Martins, apontando as suas vantagens e inconvenientes, as

causas de erro que apresentam e afirmou que na prática medicolegal é preferível usar-se do "test" de Hinglais Brouha-Simonet. Falou finalmente sobre as reacções de Fleischmann-Kann e a respeito da de Brecovitz.

SUICIDIOS POR INSTRUMENTOS CORTO-CONTUNDENTES — DR. ERNESTINO LOPES RA SILVA — O A. estudou os "Suicídios por instrumentos corto-contundentes", tendo chegado às seguintes conclusões : a) a frequência dos suicídios por agentes corto-contundentes é aproximadamente igual nos dois sexos ; comodo, os tres casos registados no Serviço Medico-Legal são de homens ; b) na quasi totalidade dos casos (cerca de 90%) as lesões estão localizadas nas regiões antero-lateraes do crâneo, e só excepcionalmente nas regiões posteriores ; c) as lesões são, geralmente, numerosas e superficiais, mas, raramente interessam o esqueleto ; d) cerca de 80% dos suicídios que se utilizam de instrumentos corto-contundentes apresentam perturbações mentais (delírios agudos ou estados de confusão alucinatória).

LITERATURA MEDICA

Livros recebidos

Les diagnostics biologiques — NOEL FIESSINGER, HENRI OLIVIER E MAURICE HERBAIN, 4.^a edição da Librairie Maloine (27, rue de l'Ecole de Médecine), Paris, 1938.

Os diagnosticos biologicos são corriqueiros, hoje em dia, em todo

o Mundo. Um livro que os orientem á luz dos mais modernos conhecimentos, indicando o que fazer, como fazer, como dizer o resultado obtido, tudo em linguagem clara e simples — eis o que facilmente realiza esta 4.^a edição completamente revista e au-

gmentada da obra encabeçada por Fiessinger. Desde as minúcias de instalação do laboratorio até ás nuances de um diagnostico difficultoso são expostas com precisão e ilustradas com gravuras apropriadas, muitas das quaes a cores. Por seus capítulos de technica, o livro interessa ao pratico de laboratorio e ao pesquisador amante da biologia; pelas aplicações diagnosticas que contem, torna-se muito util ao medico, qualquer que seja, pesquisador ou pratico especialista ou clinico geral. O volume contem 152 figuras em 768 paginas e custa 195 francos.

Hernia — LEIGH F. WATSON, 2.^a edição de C. V. Mosby Co. (3.525, Pine Blvd.) St. Louis, 1938.

Discorrendo sobre as hernias, o illustre cirurgião de Los Angeles extende-se longamente sobre a anatomia, a etiologia, os symptomas, o diagnostico, o diagnostico differential, o prognostico, o tratamento cirurgico e o tratamento por injecções dessa tão commun affecção. Ao fazer a 2.^a edição, o A. suprimiu a descrição de technicas que já não são usadas e incluiu a de outras, que foram recentemente descriptas e que têm merecido a consagração da pratica. O texto é precedido de um apanhado sobre a historia médica das hernias e contem nada menos de 8 capítulos inteiramente consagrados ao tratamento da hernia inguinal por meio de injecções. Contem tambem, um capitulo em que aprecia a debatida questão da hernia como consequencia de accidente no trabalho. O volume é fartamente ilustrado 281 figuras(e contem 592 paginas em optima apresentação material.

Cirurgia de Guerra — M. GÓMEZ DURÁN, Editora Nacional de Espanha, 1938.

Como primeira synthese espanhola sobre cirurgia de guerra nos hospitaes da frente, apareceu em fins de 1938 o primeiro volume da obra do chefe dos serviços cirúrgicos do hospital militar de Te-

tuan, baseada em larga observação na recente luta que ensanguentou a Espanha. O presente tomo occupa-se da cirurgia-cavicular — craneo, thorax e abdomen. O A. se baseia exclusivamente nas observações pessoas colhidas em cerca de 15 hospitaes de frente, deixando de lado as cogitações doutrinarias classicas. Numerosos esquemas acompanham o texto, ilustrando-o. O segundo volume está anunciado para breve e occupa-se da cirurgia das extremidades. O 1.^o volume custa 25 pesetas.

Cinco Anos de Cirurgia — VITAL ROLIM — Campina Grande (Parahyba), 1938.

O A., que é cirurgião do Hospital Pedro I, faz um apanhado geral da sua actividade nestes ultimos 5 annos, focalizando interessantes aspectos da organização de um serviço cirúrgico no interior do nordeste brasileiro. Estuda a estatística das operações realizadas nesse periodo commentando-a e destacando os casos mais interessantes, com a devida documentação, para discorrer sobre as respectivas entidades morbidas. Faz, por fim, um apanhado sobre cirurgia de urgencia e sobre os anesthetics empregados. Por tudo se vê como vai progredindo brilhantemente a cirurgia no interior da Parahyba.

Anesthesia Regional — VÍCTOR PAUCHET, edição portuguesa da Editora Guanabara (Rua do Ouvidor, 132), Rio, 1937.

Em traducção de Pinto da Rocha, a conhecida casa editora do Rio de Janeiro lançou a apreciada obra do pranteado professor francês para os medicos que conhecem a lingua portugueza. Trata-se, como é sabido, de um manual de anesthesia local que alcançou larga tiragem no seu paiz de origem, dada a maneira concisa e precisa com que são apresentados os problemas desse processo de anesthesia, seus menores detalhes. O volume contem nada menos de 328 gravuras elucidativas, a maioria das quaes da autoria do conheci-

do desenhista S. Dupret. O texto ocupa 410 paginas e está sendo recebido com encorajamento nos centros cirúrgicos brasileiros.

La Dermatologie — R. Degos e E. LORTAT-JACOB, 2 vols., Librairie Maloine (27, rue de l'Ecole de Médecine), Paris, 1939.

Parte integrante dos "Petits pré-épis" dos reputados editores franceses, a presente obra foi concebida e confeccionada dentro do mesmo espírito prático que é a razão de ser daquela coleção. As dermatoses são descriptas a partir da lesão elementar. As discussões pathogénicas e as descrições histológicas não são incluídas, mas os A. A. nunca perdem a oportunidade de salientar o valor da questão do "terreno", insistindo sobre a interdependência de certas expressões morbidas. O tratamento merece especial atenção. As fórmulas dermatológicas são redigidas tanto quanto possível dentro dos mesmos esquemas, para permitir ao médico retê-las sem dificuldade. Os 2 volumes contêm 420 páginas e custam 36 francos apenas.

Doenças do estomago — Otto PORGES — ed. portuguesa da Comp. Melhoramentos de São Paulo, 1939.

Observa-se ultimamente, em nosso mercado livreiro, um movimento animador na publicação de obras médicas de autores patrios e traduções de trabalhos científicos.

De autoria de Otto Porges, a Companhia Melhoramentos acaba de imprimir para as suas "Edições Melhoramentos" mais uma obra : "Doenças do Estomago", tradução do dr. Raul Margarido.

O livro focaliza questões de interesse imediato ao médico prático, quer relativo às diagnósticos, quer à terapêutica das doenças estomacais. O A. não aceita a hiperacidex e hipersecreção como anomalias funcionais especiais, mas as atribui ao comprometimento inflamatório da mucosa gástrica.

Além disso, apresenta observações originais, entre outras, sobre os sintomas clínicos do carcinoma na parede posterior do estômago, bem como sobre os mecanismos de origem da secreção continua e dedica também um capítulo sobre a úlcera do estômago e do duodeno, e a úlcera peptica do jejuno, cuja causa principal, em comparação com as outras, vê na auto-digestão pelo suco gástrico ácido e, desse ponto de vista, orienta o tratamento. O vol. contém 164 páginas em magnífica feitura material. Preço, 18\$000.

IMPRENSA MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Arquivos de Biologia, XXIII, 50-72, março 1939.

Novo método de analyse das soluções hydro-glycolicas de Para-aminophenylsulfamida — Quintino Mingoja ; Mais um caso de amebiasis cutânea implantada na ferida cirúrgica da abertura de um abscesso hepático — A. Carini ; A anatoxina difterica L. P. B. (flocos precipitados pelo alumem) — A. Zink ; Resultados

obtidos com o emprego de preparados sulfamídicos e de bi-hidrofoliculina em algumas formas conjuntivais e em outras afecções oculares — A. Busacca ; Lições de Endocrinologia — Díoniso Gonzales Torres.

Arquivos Brasileiros de Ofthalmologia, II, 49-96, abril 1939.

Psychiatria e oftalmologia — A. C. Pacheco e Silva ; Estatis-

tica e distribuição do tracoma no Estado de S. Paulo — Sylvio de Almeida Toledo ; A prática da optometria — Durval Prado ; Celulite orbitaria, — Edison Piñho ; Tratamento das queratites e de algumas afecções cutâneas pelo método de transplantações de tecido, baseado no transplante da cornea — V. P. Filatov.

Caderno de Pediatria, IV, 289-316, abril 1939.

A mancha mogolica em S. Paulo — N. Javarone ; O parasitismo intestinal — Ivans Martins.

Gazeta Clinica, XXXVII, 85-118, março 1939.

Medicina Penitenciaria — Arístides Guimarães ; Chimioterapia anti-bacteriana — Castro Carvalho.

Noticia Medica, VI, 1-8, 20 de abril de 1939.

O verdadeiro diagnostico da asma — Celso Barroso ; A função social das enfermeiras — A. Lemos Torres ; Da humildade na Medicina — Anjelo Candia.

Odontologia Moderna, XII, 103-304, março 1939.

Ionização pelo novo método — Octavio Demaq Rosas ; Sobre a natureza neurotrofica da piorréa alveolar — P. A. Gluchkov ; Traumatismo — Antonio Fausto Arruda Macedo ; O emprego do ricinoleato de sodio no tratamento da pyorrhéa alveolar — Carlos da Silva Cunha ; Ionização pelo método moderno em odontopedia — Nicolino Raimo.

Publicações Medicas, X, 1-80, janeiro-fevereiro, 1939.

O fechamento primitivo do abdome na peritonite apendicular — Ernestino de Oliveira ; Recto e canal anal — Raul Ribeiro da Silva.

81-92, março 1939.

Psychoses da velhice e psychoses na velhice — Virgilio de Camargo Pacheco e Celso Wey de Magalhães ; Vacinação endoarterial — Laurindo Ferreira ; Recto e canal anal — Raul Ribeiro da Sil-

va ; Distocia do móvel (Um feto hemitero) — Dilermando da Silveira Pagnano.

Resenha Clinico-Cientifica, VIII, 191-231, maio 1939.

Sobre a fisiopatologia do baço, particularmente em suas correlações com as glandulas endócrinas — Giuseppe Vercellana ; A malignidade dos tumores julgada segundo os dados clínicos e os histológicos — Benedetto Morpurgo ; Aspectos realistas de um sério problema ; o aborto criminoso e sua repressão — Boldrino Boldrini ; Sobre o valor prognóstico da bacteremia na pneumonia — Nino Borsetti e Felice A. Melloni.

Revista da Associação Paulista de Medicina, XIV, 70-138, fevereiro, 1939.

A pneumotireoide — Eduardo Cotrim ; De Spinoza a Manfredo Sakel e von Meduna — Virgilio de Camargo Pacheco e Celso Wey de Magalhães ; Algumas sugestões para a reforma de nosso código sanitário. Habitações populares e piscinas — F. Borges Vieira.

Revista de Biología e Higiene, IX, 79-162, dezembro 1938.

Masculinizacion de cobayas hembras infantiles por el prolan. Dosificaciones hormonales en la orina y ovario — J. Morató Manaro e Americo Albrieux ; Accion de la Foliculina sobre la cresta del gallo — Julio Morat Manaro e Americo Albrieux ; Investigacion de prolactin en la hipofisis de animales — J. Morat Manaro e A. Albrieux ; Pesquisas sobre a molestia de Chagas em S. Paulo — Nelson V. de Barros ; Observações sobre o ciclo evolutivo do Anopheles Oswaldoi Peryassi, 1922 — A. L. Ayrosa Galvão ; O Anopheles (N) Strodei Root, 1926 como provável vetôr de malária — Renato R. Corrêa ; Contribuição ao conhecimento dos primeiros estádios dos Anofelinos de São Paulo — A. L. Ayrosa Galvão e M. Pereira Barreto ; Observações sobre a ecologia do A. darlingi Root 1926, var. paulistensis

Galvão, Lane & Correia 1937 — Mauro Pereira Barreto ; Sobre a infecção experimental do Anopheles Strodei pelo Plasmodium Vivax — A. L. Ayrosa Galvão ; Estudos micologicos sobre a tricomicose nodular — Floriano de Almeida e Carlos da Silva Lacaz ; Breves considerações sobre tuberculose ganglionar e blastomicose — Floriano de Almeida e Carlos da Silva Lacaz ; Observações sobre o Anopheles albittarsis arribálzaga, 1878 e A. Triangularis (Neiva e Pinto, 1922), de S. Paulo — Ayrosa Galvão e Pereira Barreto.

Revista Brasileira de Leprologia, VII, 1-125, março 1939.
Evolucion e prognostico de la lepra tuberculoide — Salomon Schwijman ; Aspectos da bioquímica da lepra — Gilberto G. Vilhena ; Organização da luta antileprotica em Minas Gerais — Orestes Diniz e Abrahão Salomão ; Contribuição ao estudo dos reflexos na Lepra — Sylvio de Godoy Cremer ; Tratamento das localizações leprosas nas vias aéreas superiores e na boca — Olavo Laudares da Silva ; Valor de la injección subcutanea de leprolin en el diagnostico de ciertas formas de lepra — José M. M.

Fernandez ; Coexistencia de lepra e lipomatose simetrica — Argeniro Rodrigues de Souza.

Revista Clínica de S. Paulo, V, 85-142, março 1939.

Tratamento medico da ulcera do estomago e do duodeno — Celestino Bourroul ; Sobre 5 amostras de "Brucelas suis" isoladas de hemoculturas — Felipe de Vasconcellos ; Methods de laboratorio para diagnostico da bleorrhagia — Felipe de Vasconcellos ; Algumas observações sobre estafilococos — Felipe Vasconcellos.

Revista de Neurologia e Psichiatria de São Paulo, V, 1-44, janeiro-março 1939.

Syndromo de Lichtenstein — Cyro A. Dorsa ; A propósito de um Syndromo de Weber de origem luetica — Adherbal Tolosa e V. Venturi.

São Paulo Medico, XII, 77-140, fevereiro, 1939.

Considerações clinicas e radiologicas sobre a enterite crônica — Jairo Ramos e Cassio Villaça ; Contribuição do laboratorio para o diagnostico etiologico dos rheumatismos — Gastão Fleury Silveira ; A Socialização Unilateral da Medicina — Jayme Poggi.

VIDA MEDICA PAULISTA

Scientista estrangeiro

Visita do Dr. von Meduna — Vindo de Chicago onde foi tomar parte num congresso de Psychiatria, e, de passagem para Buenos Ayres, onde fará conferencias da sua especialidade, deverá chegar em meados de Junho o Dr. von Meduna, grande psychiatra húngaro, conhecido especialmente pelo methodo por elle introduzido, a cardiazolotherapy da esquizoprenia, uma das grandes conquistas dos ultimos annos no terreno da psychiatria.

Conhecido psychiatra alemão, assim se externou sobre as perspectivas dêsse novo tratamento :

"Os resultados obtidos nos autorizam a ter esperanças de que nos será possivel restringir consideravelmente pelos novos processos a hospitalização dos esquizoprenicos, concorrendo assim de maneira considerável para a diminuição do encargo para a assistência aos psychopatas ; animam-nos tambem contribuir para a criação de uma nova época na

psychiatria e de transformar os hospitaes em verdadeiras estações de cura. Desde já os successos com o novo processo imprimem novo entusiasmo aos médicos e seus assistentes, enchendo de esperanças os doentes em vias de remissão e seus parentes; deixam, outrossim, prever que o fatalismo desesperador até hoje reinante do domínio da eschizophrenia começa a ceder finalmente o campo a uma actividade medica prometedora".

Tambem em nosso meio a cardiazolotherapy da eschizophrenia rapidamente se propagou. Convidado pela Secção de Neuro-Psychiatria da Associação Paulista de Medicina e Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, o Dr. von Meduna fará tambem aqui algumas conferencias sobre os seus estudos e experiencias com cardiazolotherapy, conferencias essas que já despertaram vivo interesse entre os psychiatras e a classe medica em geral.

D Y N I O D O SORO TONICO IODADO

Injecções indolores musculares

**ASSOCIAÇÃO DA INFLUÊNCIA ANALGESICA, ANTIRHEUMATICA E
HYPOTENSIVA DO IODETO DE SODIO Á ACÇÃO TONICA NERVINA
DO GLYCEROPHOSPHATO DE SODIO**

LABORATORIO GROSS - RIO

CHLORO-ANEMIA

APPROVAÇÃO da ACADEMIA de MEDICINA
de PARIS

Exigir os Verdadeiros

Pilulas e Xarope BLANCARD

de PARIS



Assignatura e Etiqueta verde.

POBREZA DO SANGUE - ESCROFULAS

Um livro realmente util:

Anais do Iº Congresso Brasileiro de Hidroclimatologia

Um volume de 872 paginas, fartamente ilustrado

Importantes trabalhos sobre CLIMATOLOGIA MEDICA, da autoria dos profs. Annes Dias, Clemente Ferreira, Margarinos Torres, e drs. Belfort de Mattos, Paula Souza, Manoel Brandão, etc.; GEOLOGIA MEDICA, da autoria dos profs. Andrade Junior e Moraes Rego e drs. Genesio Salles e Alves de Almeida; MICROBIOLOGIA DAS FONTES, da autoria dos profs. Octavio Magalhães e Martim Ficker; RADIOACTIVIDADE DAS AGUAS MEDICINAES, da autoria dos profs. Adelino Leal, Andrade Junior, Bruno Lobo; HYDROLOGIA MEDICA, da autoria dos profs. Celestino Bourroul e Dutra de Oliveira e de numerosos medicos hydrologistas das varias estancias brasileiras.

*Informações preciosas sobre as principaes estações
de aguas do Brasil*

P R E Ç O 5 0 \$ 0 0 0

A' venda em todas as livrarias
e na redacção desta revista

